

NOUVEAUX CAHIERS DE L'INFIRMIÈRE

sous la direction de

Léon Perlemuter – Jacques Quevauvilliers – Gabriel Perlemuter – Béatrice Amar – Lucien Aubert



Soins infirmiers II Démarches relationnelles et éducatives, initiation et stratégies de recherche

2^e édition

Sandra Drevet
Marie - Ange Sion
Claire Journiac
Hélène Schabanel

avec à l'intérieur un
cahier d'entraînement

3

MASSON

Copyrighted material

Hidden page

Hidden page

Hidden page

Hidden page

Hidden page

NOUVEAUX CAHIERS DE L'INFIRMIÈRE

sous la direction de

L. PERLEMUTER
Professeur des universités

J. QUEVAUVILLIERS
Professeur émérite

G. PERLEMUTER
Chef de clinique-assistant

B. AMAR
Cadre infirmier-formateur

L. AUBERT
Consultant international-formateur

3

avec à l'intérieur un
« cahier
d'entraînement »

Soins infirmiers II. Démarches relationnelles et éducatives, initiation et stratégies de recherche

Démarche relationnelle

Sandra DREVET

Infirmière diplômée d'État

Laurence JACQUELOT

Infirmière diplômée d'État

Démarche éducative

Marie-Ange SION

Infirmière cadre de santé (IFSI, Centre hospitalier de Saint-Dizier), titulaire du DU développement social et santé communautaire de l'université Paris-VI

Avec le concours des étudiants infirmiers (IFSI, Centre hospitalier de Saint-Dizier)

Initiation à la recherche

Claire JOURNIAC

Infirmière,

Groupe de recherche en soins infirmiers (Tarcenay)

Stratégies de recherche

Hélène SCHABANEL *

Cadre infirmier expert (Hôtel-Dieu de Paris)

Avec la collaboration des cadres infirmiers experts :
Martine MARZAIS * (groupe hospitalier Charles-Foix-Jean-Rostand AP-HP), **Marie-Madeleine BRETIN ***,
(administration centrale, AP-HP)

* Titulaires de la maîtrise « Sciences de la vie », option
« Sciences infirmières », mention « Soins ».

 **MASSON**

Copyrighted material



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ».

Cette pratique, qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisations de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. : 01 44 07 47 70.

Les illustrations 4.1 à 4.15 ont été dessinées par le professeur L. Perlemuter.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle par quelque procédé que ce soit des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© Masson, Paris, 1998, 2002

ISBN : 2-294-00736-0

MASSON S.A.

120, bd Saint-Germain, 75280 Paris Cedex 06

Hidden page

Hidden page

Table des matières

Avant propos de la collection	V
-------------------------------------	---

Première partie DÉMARCHE RELATIONNELLE

1. Généralités	3
<i>Évolution de la profession infirmière</i>	3
Représentation de la profession	3
Étapes de la formation	4
<i>Les domaines de formation (4)</i>	
2. Technique relationnelle	5
Généralités	5
Les outils	6
L'initiation	6
La multiplication des expériences	6
Le temps	6
Les bénéfices	6
3. Théorie de la communication	8
Définition	8
Rappel théorique	8
Le lien émetteur-récepteur	8
Le feed-back	9
Illustration du SPRI	9
4. Pratique de la relation soignant-soigné	11
Le regard	11
Les gestes et le message	11
Les gestes et l'information	12
Les gestes et les émotions	13
Les gestes et l'état intérieur	13
Les distances	14

<i>Le toucher</i>	15
<i>Les attitudes</i>	15
<i>L'odorat et le goût</i>	15
<i>L'écoute</i>	16
L'information	16
Conseils pour effectuer une écoute active	16
Savoir-faire lors d'une écoute	16
Les moyens d'écouter activement	17
5. Accueil des patients et de leur famille	18
L'accueil en service d'urgence	18
L'enfant et sa famille	18
L'accueil de la personne âgée	19
L'accueil en psychiatrie	19
Conclusion	20
6. Relation d'aide	21
<i>Définition</i>	21
<i>Buts</i>	21
<i>Les situations</i>	22
Les circonstances de la demande	22
La situation de crise	24
<i>Définition (24) — Les causes de la crise (24) — Les phases de la crise (24) — Les différents comportements du patient en situation de crise (24) — Les interventions (25) — Les réserves de soutien (25) — Le cas particulier du deuil (25)</i>	
<i>Les différentes phases de la relation d'aide</i>	27
Introduction	27
Première phase : la prise de contact	27
Deuxième phase : la période d'identification	27
Troisième phase : la période de réflexion	27
Quatrième phase : la période d'évaluation	28
Cinquième phase : la phase ultime	28
<i>Les attitudes au cours d'une relation d'aide</i>	28
Les différentes attitudes négatives	28
<i>Attitudes sensibles (28) — Attitudes globales (28)</i>	
Les attitudes facilitant la relation d'aide	29
<i>Le respect (29) — L'empathie (30) — La congruence (30) — En résumé (31)</i>	
Évaluation et limites de la relation d'aide 31	
<i>Conclusion</i>	31

7. Burn-out	32
Définition	32
Les stades du désillusionnement	32
L'enthousiasme	32
La stagnation	32
La frustration	32
L'apathie	33
Le désespoir	33
Les interventions	33
La séparation de la vie professionnelle et de la vie privée	33
L'isolement	33
le défouloir	34

Deuxième partie DÉMARCHE ÉDUCATIVE

8. Démarche éducative : situation dans le champ professionnel	39
Terminologie	39
Au regard des textes législatifs professionnels	39
Au regard du programme des études infirmières	40
Dans la pratique professionnelle	41
9. Démarche éducative : interface de divers concepts	42
Concept « santé »	42
Concept « maladie-handicap »	42
Soin infirmier dans ses dimensions éducatives et préventives	43
Éducation pour la santé	44
Tableau synoptique des concepts	45
Enjeux de la démarche éducative dans la politique de santé	45
10. Relation pédagogique et modèles d'apprentissage	47
Définition de l'apprentissage	47
Théorie behavioriste (Skinner, 1904-1990) (47) — Théorie cognitive (Piaget, 1896-1980) (47)	
Mécanismes de l'apprentissage	48
Facteurs d'influence du comportement	48
Déterminants du comportement	48

Étapes de l'apprentissage	48
Différents modèles de l'apprentissage	48
Théorie de Rogers (48) — Modèle psychosocial dans une démarche éducative (49) — Modèle de Gagne (49)	
Relation pédagogique	49
11. Éduquer? Oui, mais comment?	50
Un outil, l'approche systémique	50
Définitions	50
Le système et son fonctionnement	50
Composantes d'un système : que signifient-elles? (50) — Propriétés du système (51)	
Intérêt de la méthode systémique dans la démarche éducative	52
Approche systémique et approche analytique	52
Méthodologie de la démarche éducative	53
Guide méthodologique	53
Identification et analyse des besoins d'apprentissage	53
Détermination des priorités et repérage des facteurs influençant l'apprentissage	53
Élaboration des objectifs éducationnels	54
Détermination du contenu et choix des moyens pédagogiques	55
Contenu (55) — Moyens pédagogiques (55)	
Réalisation de la démarche éducative	56
Évaluation, réajustement	56
Évaluation du processus (56) — Évaluation des résultats (57)	
12. Démarche éducative : méthodes et outils	58
Pédagogie active, créatrice	58
Brainstorming (58) — Photolangage (59) — Jeux (59) — Jeux de rôles (59) — Caméscope (59) — Expérimentation (59) — Court-métrage (60)	
Pédagogie classique	60
Exposé (60) — Démonstration (60) — Travaux pratiques, applications (61) — Travaux de groupe (61) — Diapositives (61) — Cassette vidéo (61) — Polycopiés, commentaire d'un document (62) — Enseignement assisté par ordinateur (62) — Flannellographe (62)	
13. Intégration de la démarche éducative dans la pratique infirmière	63
Référence aux textes et au programme des études	63
L'apprentissage repose sur des savoirs orientés vers une logique d'action	63
L'apprentissage repose sur des savoirs orientés vers une logique de connaissance	63
Apprentissage du geste, vérification de son acquisition et protocole éducatif	64
Intentions de la démarche éducative	64

Procédures de la démarche éducative	65
Identification et analyse des besoins d'apprentissage (65) — Détermination des priorités et repérage des facteurs influençant l'apprentissage (65) — Élaboration des objectifs éducationnels (65) — Objectifs globaux (65) — Objectifs intermédiaires (65) — Objectifs opérationnels (65) — Détermination du contenu et choix des outils pédagogiques (65) — Réalisation de la démarche éducative (66) — Évaluation (66) — Procédures (66) — Domaines d'amélioration (66) — Conclusion (67)	
Apprentissage du geste	67
Protocole éducatif	68
Vérification du geste	69
Quels bénéfices de la démarche éducative pour l'infirmier(e), le bénéficiaire, et la profession infirmière ?	69
14. Expériences à partager	70
Trois fils conducteurs ont été développés dans l'acquisition de la démarche éducative (70) — La démarche éducative : qu'a-t-elle apporté aux étudiant(e)s ? (70) — Quelles difficultés ont-ils/elles vécues ? (70) — Une culture est à forger, basée sur : (70)	
Échange de savoirs	71
Hygiène de vie	71
« Ouvrons l'œil sur le risque accident domestique » (71) — « Je me lave les mains en m'amusant » (72) — « Équilibre alimentaire et plaisir de bien manger » (74) — « Croquer la vie à pleines dents » (76) — « Tabac et santé » (77) — « Représentations de la santé par des collégiens » (78) — « Le malaise du quartier vous interpelle » (80)	
Éducation d'une personne hospitalisée	81
« J'ai retrouvé mes jambes de 20 ans » (81) — « Acteur dans la surveillance d'un traitement : le fixateur externe » (82) — « Gérer son traitement : l'aérosol doseur » (83)	
Et maintenant, entraînez-vous	85
« Accidents domestiques, prenons les devants ! » (85) — « Silence, on travaille » (86) — « Halte aux accidents de la route » (87) — « Sébastien, le basketteur » (88)	

Troisième partie

INITIATION À LA RECHERCHE

15. Introduction	93
Recherche et profession infirmière	93
Le Moyen Âge (94) — Florence Nightingale (94) — Aux États-Unis (94) — En France (94)	
Bibliographie	95
16. Réflexion sur la recherche	96
Recherche	96
Qu'est-ce que la recherche ?	96
À quoi aboutit la recherche ?	96

Science	97
Qu'est-ce que la science ?	97
Perception (97) — Méthode (97)	
Deux questions	97
Y a-t-il plusieurs façons d'explorer un objet ? (98) — Comment sont extraits les liens susceptibles d'être établis entre les faits ? (99)	
Quand peut-on dire qu'un ensemble de connaissances atteint le stade scientifique ?	99
Quels sont les présupposés et les mécanismes de la pensée mis en œuvre dans cette démarche ?	100
Présupposés (100) — Mécanismes de pensée (100)	
Comment une théorie peut-elle être acceptée comme théorie scientifique ?	101
Méthode	102
Nécessité de la méthode	102
Trois approches méthodologiques	102
Démarche expérimentale (103) — Approche clinique (103) — Recherche-action (104)	
Bibliographie	105
17. Recherche bibliographique	106
Comment faire sa recherche bibliographique ?	106
Buts de la recherche bibliographique	106
Cibler le sujet (106) — Cadrer le sujet (106) — Collecter les informations (106)	
Recherche de l'information	107
Supports de l'information (107) — Lieux où trouver l'information (107) — Où récolter des références (107) — Comment fouiller dans les fichiers (107) — Trouver le document (108)	
Contrôle documentaire	108
Exploitation des résultats (108) — Gestion du stock (108)	
Présentation d'une bibliographie	109
Bibliographie	109
18. Exemple d'une recherche initiale	110
Initialisation du problème	110
Clarification du problème	110
Précision des concepts	111
Recherche bibliographique initiale	111
Concept « étranger »	113
Dictionnaires et étymologie (113) — Quelques notions générales (113) — Histoire (113) — Législation-droit (113) — Immigration (114) — Langage (114) — Sciences sociales (114) — Psychologie (114) — Rencontre (114) — Nom (115) — Aspect physique (115) — Philosophie (115) — Autres thèmes... (115)	
Concept « accueil »	115
Choix de la direction de travail	115
Première possibilité (116) — Deuxième possibilité (116) — Troisième possibilité (116) — Quatrième possibilité (117) — Cinquième possibilité (117) — Beaucoup d'autres possibilités et plein d'idées... (117)	

<i>Besoins pour une recherche</i>	117
Besoins en informations	117
Besoins en temps	118
Besoins en méthode	118
Besoins en autres moyens	118
<i>Projet de recherche</i>	118
<i>Résultats</i>	119
<i>Bibliographie</i>	119
19. « Recherche infirmière »	120
<i>Qu'est-ce que la « recherche infirmière » ? Qu'en est-il actuellement ?</i>	120
<i>En Amérique du Nord (120) — En France (121)</i>	
<i>Une « recherche infirmière » peut émerger, mais...</i>	121
<i>S'appellera-t-elle « recherche infirmière » ? (121) — Une définition de la « recherche infirmière » (121) — Des propositions sont possibles (122)</i>	
20. Conclusion	124
Quatrième partie	
STRATÉGIES DE RECHERCHE	
21. Introduction	127
22. Différents types de recherche en soins infirmiers	128
<i>Recherche fondamentale (128) — Études descriptives (128) — Recherche clinique (128) — Recherche expérimentale (128) — Recherche-action (128)</i>	
23. Domaines de recherche en soins infirmiers	129
<i>Théorie (129) — Pratique (129) — Économie (129) — Domaine juridique (129) — Philosophie (129) — Psychologie (129) — Pédagogie (129) — Épidémiologie (129)</i>	
24. Démarche de recherche	130
<i>Préliminaires</i>	130
<i>Identifier et définir le sujet</i>	130
<i>Définir les objectifs</i>	130
<i>Identifier les différentes étapes de la recherche</i>	130

Se poser des questions	131
Se documenter sur le sujet	131
Faire l'analyse de la situation	132
Formuler la problématique	132
Avoir une démarche éthique	132
Définir la cible et le comment faire (élaboration du protocole de la recherche)	133
Matériel ou sujet (individu)	133
Méthode (déroulement de la recherche)	133
<i>Approches de recherche (134) — Méthode employée au cours de la recherche (134)</i>	
Définir les modes d'exploitation des résultats	136
Traitement des données recueillies	136
Analyse critique	136
Publication des résultats	136
25. Plan pour la publication d'un travail de recherche	138
Introduction	138
Historique	138
Matériel ou sujet et méthode	138
Présentation et analyse des résultats	138
Discussion	139
Conclusion	139
Bibliographie	139
Résumé	140
26. Recherche en soins infirmiers dans la pratique quotidienne	141
Analyse d'un travail : « prévention de la constipation dans un service de soins intensifs » ..	141
Introduction	141
<i>Étude de cas (142) — Motivations (142)</i>	
Historique	142
<i>Constipation à travers les âges (142) — Pratique soignante et son évolution (142) — Évolution de nos connaissances sur la constipation et la physiologie intestinale (143)</i>	
Matériel et méthode	144
<i>Matériel (144) — Méthode (144)</i>	
Présentation et analyse des résultats	146
<i>Résultats des observations (146) — Résultats des questionnaires (147)</i>	
Discussion	147
<i>Du sujet de ce mémoire (147) — De la méthode utilisée (147) — Résultats des observations et des questionnaires (148) — Propositions (149)</i>	
Conclusion	149
Bibliographie	150
Résumé	151
Publication	151

27. De la motivation pour la recherche à la réalisation d'un travail de recherche .	152
La motivation est-elle suffisante pour la réalisation d'un travail de recherche ?	152
Conclusion	152
Glossaire	155
28. Cahier d'entraînement	162
Index	193

Hidden page

Première partie

**DÉMARCHE
RELATIONNELLE**

Hidden page

De nos jours l'hôpital reste encore un monde à part. Même s'il n'échappe pas à une médiatisation importante, son fonctionnement, son organisation et les différentes catégories professionnelles qui le composent sont encore méconnus des patients.

Chaque jour, au sein des grandes structures hospitalières, médecins, infirmier(e)s, kinésithérapeutes, manipulateurs radio... œuvrent pour le patient. Les soins s'inscrivent dans une éthique propre à notre culture, aux normes de la santé publique et au projet de service. L'efficacité de la prise en charge implique que chacun des partenaires instaure une relation avec le patient afin d'élaborer une stratégie thérapeutique.

Grâce à l'écoute, la communication, la prise en compte du contexte socioculturel et affectif du

patient, le soignant utilisera son savoir-faire professionnel qui lui permet de développer une relation thérapeutique propice à la réalisation du projet de soins.

Il importe de noter que cette relation d'aide dépasse le cadre du seul savoir-faire professionnel, elle représente aussi un enrichissement personnel. En effet, le travail effectué sur soi dans le cadre de la relation thérapeutique (réflexion sur son propre rôle, ses attitudes personnelles et émotionnelles mises en jeu dans la relation aux patients) a des conséquences non seulement dans la vie professionnelle de l'infirmier(e) (acquisition de nouvelles compétences, plus grande autonomie), mais aussi dans sa vie personnelle : meilleure connaissance de soi, ouverture aux autres, épanouissement.

Évolution de la profession infirmière

La profession et la pratique infirmières ont suivi l'évolution de la médecine et de la science mais aussi celles de la société. Autrefois seules les religieuses assuraient les soins aux malades. Un premier bouleversement fut provoqué par Florence Nightingale au XIX^e siècle avec, véritablement, la création de la profession d'infirmier(e)¹.

Sans reprendre ici dans le détail l'historique des changements intervenus, force est de constater, qu'entre les religieuses et les infirmier(e)s actuelles, les valeurs, les postulats et les méthodes de travail diffèrent.

Au fur et à mesure des découvertes scientifiques, il a été demandé à l'infirmier(e) non seulement d'approfondir ses connaissances mais encore d'acquérir une « technicité » qui a considérablement changé l'orientation des soins.

Représentation de la profession

La perception de la profession a elle aussi évolué, parallèlement à la modification de la pratique.

La relation thérapeutique a joué de plus en plus un rôle prépondérant et a enrichi la « technicité » grandissante. Les infirmier(e)s ont peu à peu affirmé la spécificité de leur savoir et ont acquis le statut de professionnel(le)s de la santé. Ils/elles ont défendu le caractère pluridisciplinaire de leur profession, permettant une prise de conscience collective de leur rôle et de leur pratique.

Par ailleurs, le travail de recherche, les combats de certain(e)s infirmier(e)s ainsi que ceux menés au sein de la profession ont contribué non seulement à l'évolution de la pratique mais aussi à la reconnaissance de sa spécificité, auprès d'un large public, professionnel ou non.

L'infirmier(e) a toujours eu une position particulière auprès du patient, il/elle est au « plus près », prodigue

1. Lire partout « infirmier, infirmière ».

des soins. L'image que chacun se fait d'elle ne peut être objective, en raison de la spécificité de son rôle, et se trouve à mi-chemin entre mythe et réalité.

La profession conserve une image positive auprès du public, même si parfois elle s'accompagne de certains « clichés ». On admire l'infirmier(e) pour son courage, sa gentillesse et l'opinion publique le/la soutient dans sa quête de reconnaissance et d'identité sociale.

Étapes de la formation

Les études en soins infirmiers sont sanctionnées par un diplôme d'État au terme de 3,5 années d'études.

Ces études s'articulent sur une formation à la fois théorique et pratique, qui a pour but de préparer au mieux l'étudiant infirmier à sa future profession.

Nous présenterons de manière non exhaustive les domaines de formation développés dans le cursus de l'étudiant en soins infirmiers, afin de donner une vue d'ensemble de la formation.

Les domaines de formation

Scientifique

L'approche scientifique, basée sur des méthodes objectives et rigoureuses, apporte les connaissances indispensables à la compréhension de l'être humain, dans ses dimensions physiques, intellectuelles et affectives.

Elle apporte aussi des informations sur le milieu physique, sociologique, l'environnement et le milieu socioculturel du patient. Cet aspect représente le « savoir » théorique.

Éthique

L'éthique représente l'ensemble des normes, des principes et des valeurs propres à une culture ou à une profession, qui régit un code de « bonne conduite » de l'infirmier(e), les relations entre infirmier(e) et patient.

Légal

La formation sur le plan légal concerne principalement les réglementations et directives des lois en vigueur, notamment au sujet de la protection du patient et de l'infirmier(e). Les textes principaux sont regroupés dans le décret du 15 mars 1993.

Pratique infirmière

La formation pratique correspond à l'application des connaissances théoriques aux soins infirmiers. Elle se réfère à une démarche de soins dont l'objectif est de préserver la santé et de combattre la maladie.

L'étudiant bénéficie à la fois d'un enseignement théorique et d'un enseignement pratique, qui sont institués dans le cadre des travaux pratiques au sein de l'institut de formation et des stages effectués pendant le cursus.

Formation à la relation infirmier(e)-patient

Elle met l'accent sur les compétences de l'infirmier(e) pour lui permettre d'établir un lien de qualité avec le patient, de créer un climat propice au développement d'une relation chaleureuse et constructive.

Cette formation est utile pour entrer en contact et collaborer avec l'entourage du patient, travailler au sein d'une équipe multidisciplinaire et œuvrer dans la communauté.

Généralités

Si le « soin relationnel » est une notion fréquemment évoquée dans les instituts de formation et les hôpitaux, plusieurs questions se posent : que représente ce soin exactement, comment doit-on l'aborder et quel est son but ?

On peut qualifier de *soin relationnel*, l'ensemble des actions qui relèvent du soutien et du conseil en dehors de celles impliquant des gestes techniques. Il s'agit d'un soin, non dicté par une prescription médicale, mais relevant de l'initiative et de la spécificité du rôle de l'infirmier(e).

Ce soin peut se réaliser autant de fois que nécessaire, car il répond à une demande de réassurance, de réconfort, d'écoute, d'autant plus importante que le patient traverse un moment difficile.

Le soin relationnel s'inscrit dans le quotidien du soignant et permet de créer une relation, d'établir un lien avec le patient et/ou son entourage.

La maîtrise de ce soin nécessite une formation pour acquérir un savoir-faire, mais aussi un « savoir-être » différent en fonction de chaque patient.

La première étape correspond au **temps d'observation** nécessaire pour faire connaissance avec le patient, obtenir des informations sur sa situation, et nécessite que l'on soit capable de l'écouter et de l'entendre. Cette étape est primordiale pour évaluer l'état du patient et mettre en place des actions spécifiques : si elle se déroule bien, elle permet d'établir une relation de confiance, qui a des effets à la fois sur le patient et sur l'efficacité et la précision du travail infirmier.

Pour établir une relation de qualité, il est nécessaire de **connaître ses propres limites** (à la fois cognitives et affectives) afin d'éviter un investissement trop lourd, qui risque de fausser la relation et de devenir difficile à gérer.

Le soin relationnel ne peut se mettre en place sans que l'on soit amené à réfléchir à sa nécessité et

aux moyens ou techniques à utiliser. En effet, un certain nombre d'éléments sont nécessaires :

- une bonne connaissance de soi ;
- l'observation ;
- l'écoute ;
- la réflexion ;
- l'action intemporelle.

Un point fondamental est que **cette action relationnelle doit répondre à un besoin** ; besoin dont le patient n'a pas obligatoirement conscience ou qu'il ne réussit pas toujours à formuler. Le danger est alors qu'il échappe aux yeux du soignant, ce qui peut être à l'origine de rechutes, de malentendus ou se traduire par l'expression de demandes difficiles à satisfaire.

Il importe donc d'**acquérir un savoir-faire et « savoir-être »**. Il est nécessaire en effet de pouvoir faire face aux réactions du patient, quelles qu'elles soient, même exacerbées par un état de malaise.

Tant l'infirmier(e) que le patient peuvent vivre des expériences particulièrement bouleversantes. On peut être amené à rencontrer des patients de cultures très diverses, qui ont un système de valeurs différents du nôtre : sans une certaine ouverture d'esprit, expérience et tolérance, il est difficile de dépasser ce genre de difficulté. Il faut pouvoir relativiser, prendre une distance par rapport au système dans lequel nous évoluons, pour aider le patient, qui ne possède pas les mêmes repères et risque d'être encore plus fragilisé. Certains maux seraient réactionnels à cette inadéquation entre la culture d'origine et celle dans laquelle on vit.

C'est dans ce cadre que le savoir-faire de l'infirmier(e) prend toute son importance. En effet, l'infirmier(e) recueille souvent au cours d'une conversation ou de simples paroles échangées les sentiments d'abandon, de désintérêt exprimés par le patient, et qui révèlent sa solitude ou sa détresse. Dans ces instants de grande intimité, l'infirmier(e) va essayer de tout mettre en œuvre pour aider le patient.

À partir de ses compétences, de son expérience professionnelle et personnelle, chaque infirmier(e)

développera ses propres méthodes de travail qui lui permettront d'instaurer un soin relationnel de qualité, adapté à chaque patient.

Les outils

Un certain nombre de techniques de communication peuvent être utilisées pour établir une relation thérapeutique avec le patient.

En situation professionnelle, il importe de se placer dans une position d'observateur, plutôt qu'en position d'acteur, pour favoriser l'écoute. Il est aussi important de consacrer le temps nécessaire pour évaluer et comprendre la demande ou les besoins du patient; et si cela s'avère utile, ne pas hésiter à remettre en cause la relation d'aide établie, la clarifier, voire la modifier si elle n'est plus adaptée.

L'initiation

L'initiation correspond à un temps d'adaptation où l'observation, la réflexion sont nécessaires pour définir les actions à mettre en place auprès du patient. L'expérience personnelle et la confrontation de ses perceptions avec les autres membres de l'équipe sont essentielles, dans cette étape, pour définir l'action la plus adaptée à la situation du patient.

Il est aussi nécessaire de tenir compte de la réalité, de la réalité pour le patient et des moyens à notre disposition, pour éviter un investissement qui dépasserait le cadre des soins.

Dans cette étape, le temps consacré à la mise en place de la relation d'aide est primordial et permet d'évaluer au mieux les besoins du patient et de déterminer s'ils sont satisfaits.

La collaboration avec les autres membres de l'équipe est essentielle, afin d'accroître la présence et l'écoute auprès du patient. Cette disponibilité le rassure et améliore l'efficacité des actions infirmières entreprises.

La multiplication des expériences

Confronté(e) chaque jour à des situations très différentes, l'infirmier(e) acquiert une expérience

spécifique, qui lui permet de déterminer, d'adapter et d'optimiser son attitude en fonction du patient, afin de répondre au mieux à ses besoins, dans des délais très courts.

Le temps

Le temps est un facteur important, car la relation d'aide dépend en partie de la durée de l'hospitalisation, qui n'est pas toujours connue. Il est préférable que la prise de contact s'établisse rapidement afin d'évaluer les problèmes et les attentes du patient, même si parfois le contexte et la complexité de la pathologie rendent difficiles cette première évaluation.

Les bénéfices

Cette dimension relationnelle enrichit le soignant tant sur le plan personnel que professionnel, lui permettant d'acquérir une compétence spécifique.

Au cours de ces dernières années, la formation s'est articulée d'une part sur l'aspect technique des soins, qui nécessitent la manipulation de matériel pour réaliser des actes plus ou moins invasifs et d'autre part, autour des actions qui relèvent du soutien, des soins de confort et de l'évaluation des besoins du patient.

Aujourd'hui, le relationnel est une notion de plus en plus présente à la fois dans le domaine des soins et dans le développement des sciences infirmières.

Il est essentiel de souligner qu'il s'agit aussi d'une technique de soin, qui place le patient au centre de la démarche de soin, pour cibler les besoins et les actions à entreprendre.

Il importe de noter que la qualité de la relation avec le patient ne peut que favoriser la qualité des soins prodigués au sens technique du terme, ainsi que l'efficacité du projet thérapeutique institué. Le patient sera plus à même de suivre son traitement s'il en comprend la nécessité et la finalité. Il sera plus coopérant et détendu pendant les soins, ce qui favorise ainsi leur réalisation et permet de diminuer les phénomènes douloureux et le caractère invasif de certains.

Le soutien et l'écoute du soignant lors des soins entraînent une diminution du stress et donc des manifestations anxieuses liées au traitement.

Cet aspect s'inscrit dans le rôle éducatif de l'infirmier(e), qui consiste à aider le patient à connaître ses problèmes de santé pour mieux les appréhender.

Tout ce travail relationnel a pour but de permettre au patient de dépasser les appréhensions qu'il éprouve face aux soins thérapeutiques.

Par ailleurs le patient renvoie une image positive de sa prise en charge à l'infirmier(e), valorisant ainsi son travail. La satisfaction liée à la reconnaissance de la compétence professionnelle est un élément clé de la motivation.

La dimension relationnelle offre de nombreuses opportunités d'exercice en dehors du cadre hospitalier; en effet, l'infirmier(e) peut privilégier des

domaines de soins exclusivement axés sur la pratique relationnelle.

Par exemple, l'infirmier(e) peut :

- **s'orienter vers les structures d'accueil pour les personnes en difficultés** (détresse affective, isolement et/ou problèmes sociaux);
- **travailler en milieu scolaire et entrer en contact avec les enfants et les adolescents**; l'écoute étant ici primordiale pour permettre d'instaurer un rapport de qualité;
- **participer à des campagnes d'éducation et d'information sanitaires et sociales.**

Autant de choix qui offrent la possibilité d'un épanouissement professionnel, non sans retentissement dans la vie personnelle.

3

Théorie de la communication

Définition

Le Petit Robert dit : « Communication : le fait de communiquer, d'établir une relation avec quelqu'un, quelque chose. »

Cependant chaque jour force est de constater que si les communications se multiplient, elles ne sont pas pour autant efficaces. En effet, nombreux sont les malentendus, les mauvaises interprétations et les non-dits qui engendrent incompréhension et agressivité.

Si nous prenons comme exemple le jeu qui consiste à faire passer un message à l'oreille de son voisin et ainsi de suite, on s'aperçoit à la fin combien l'information du départ a été modifiée. La compréhension (réception du message) et le fait de se faire comprendre sont donc deux aspects essentiels.

Pour qu'une communication soit fonctionnelle, il est donc nécessaire qu'elle réponde à des règles précises, qui permettront un échange pertinent.

Pourtant la communication est un art complexe qui fait appel à plusieurs de nos sens, voire à l'ensemble. La communication verbale s'accompagne d'une communication non verbale qui correspond aux regards, intonations, gestes et postures. La communication non verbale véhicule plus d'affectivité, d'irrationnel et traduit en quelque sorte nos sentiments plus profonds. Ce « langage » est quasi universel; on observe néanmoins des différences culturelles dans l'expression des comportements.

On peut distinguer plusieurs niveaux de communication, du plus simple au plus compliqué, en fonction du nombre d'interlocuteurs et/ou des sujets abordés. La communication sociale correspond par exemple aux règles de politesse et témoigne de notre éducation et de notre culture. Dans sa pratique quotidienne, l'infirmier(e) utilisera les techniques de communication pour développer une relation de qualité avec le patient.

Rappel théorique

Le lien émetteur-récepteur

Le terme de communication se réfère à la transmission d'une information entre deux personnes, nommées émetteur et récepteur.

Nous verrons que cette émission d'information se fait de façon plus ou moins complexe.

► 1^{er} SCHÉMA

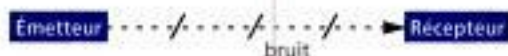


L'émetteur qui transmet l'information peut être une personne physique ou un support matériel tel qu'un ordinateur par exemple. La communication peut être perturbée à plusieurs niveaux :

- L'information transmise peut être mal interprétée et/ou mal comprise par le récepteur;
- des interférences empêchent la transmission de l'information et brouillent l'énoncé;
- l'utilisation d'un code différent sur le plan sémantique (vocabulaire) risque de perturber la compréhension du message.

Tous ces éléments qui parasitent la communication sont appelés des « bruits ». Il est nécessaire pour assurer une bonne qualité de l'échange de chercher à éviter tous les bruits possibles.

► 2^e SCHÉMA



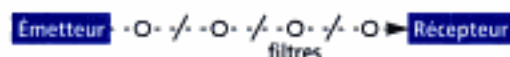
Mais les difficultés que nous pouvons rencontrer au cours d'une conversation ne s'arrêtent pas là. Même si les bruits sont évités, la compréhension du message par le récepteur peut ne pas être celle souhaitée par l'émetteur.

Nous sommes soumis à d'autres phénomènes, cette fois-ci d'ordre inconscient : il arrive que notre inconscient nous fasse « ignorer » le message.

Par exemple, l'on décide de prendre une route plutôt qu'une autre, pour prendre de l'essence et l'on finit par passer devant la station d'essence sans s'arrêter.

Il s'agit d'une action totalement inconsciente de notre part, qui se déroule à notre insu.

► ON PEUT TRADUIRE CE PHÉNOMÈNE PAR CE 3^e SCHÉMA.



Ces différents paramètres, qui interviennent dans toute interaction, nous éloignent d'un schéma idéal de communication.

En effet, qui n'a pas déjà été confronté à la situation suivante : participer à une discussion et s'apercevoir que peu à peu on perd le fil du discours, pour des raisons diverses. Comme nous venons de le voir, les bruits, les filtres ou le halo (terme qui désigne les associations ou la chaîne d'associations, générées à partir d'un mot, d'une expression et qui facilitent ou au contraire perturbent la compréhension) sont autant d'éléments qui peuvent parasiter la communication.

Que peut-on faire pour ne pas perdre le fil de la conversation ? La technique du *feed-back* est utile dans ce contexte.

Le *feed-back*

Le *feed-back* est une technique qui renvoie l'information du récepteur à l'émetteur, lui permettant de s'assurer que le message a été compris par le récepteur. Mais ce contrôle subit aussi l'influence des bruits et des filtres, et est donc aléatoire.

De toute façon, cette méthode connaît des limites ; il est en effet difficile d'envisager une conversation où l'on doit s'assurer à chaque étape que ce qui a été dit a été compris, elle risque de s'éterniser et de devenir particulièrement ennuyeuse.

Un des premiers points est de pouvoir remettre en question la « qualité » du message énoncé, avant de mettre en doute ses capacités d'attention, car il est nécessaire de considérer la communication comme une interaction (processus d'action et de rétroaction) entre deux personnes ou communicants.

Les difficultés d'attention ou de compréhension apparaissent aussi dans le milieu professionnel à l'encontre de la hiérarchie : bien souvent s'engage un rapport de forces qui ne facilite en rien une simple conversation. On observe souvent cette situation en milieu hospitalier lors de conflits entre infirmier(e)s et cadres.

L'acquisition de techniques de communication efficaces est nécessaire pour développer et maintenir une relation thérapeutique et des soins de qualité.

Force est de constater que les infirmier(e)s ne sont pas encore suffisamment préparées à ces techniques de communication, alors qu'elles sont de plus en plus sollicitées pour la rédaction des dossiers de soins (recueil des informations, démarche de soins, objectifs...) et l'élaboration du projet de service, afin d'améliorer les conditions d'hospitalisation des patients.

La méthode élaborée par Louis Timbal-Duclaux, SPRI (Situation, Problème, Résolution de principe et Informations détaillées) permet, à notre avis, de poser les bases d'une bonne communication. Cette méthode permet de hiérarchiser, détailler et expliciter une idée pour un individu ou un groupe de personnes.

Illustration du SPRI

Nous prendrons comme exemple un patient, à qui le médecin vient d'annoncer qu'il est atteint d'un cancer.

► SITUATION

Il est nécessaire de savoir comment le diagnostic a été annoncé au patient, quelles ont été ses réactions immédiates ainsi que les éventuelles questions qu'il a posées.

► PROBLÈME

À l'annonce du diagnostic, le patient peut réagir de différentes manières : rester silencieux, poser de nombreuses questions qui traduisent son incom-

préhension, le déni de la situation, chercher à minimiser le diagnostic posé.

► **RÉSOLUTION DE PRINCIPE**

Cette étape nécessite d'établir une relation avec le patient pour identifier les problèmes réels, apporter des réponses et surtout permettre au patient d'exprimer son malaise ou mal-être.

► **INFORMATION**

Choisir le moment et le lieu d'entretien les plus favorables, afin d'instaurer une relation de confiance avec le patient où l'écoute, le soutien lui permettent alors de poser toutes les questions qu'il estime importantes dans l'immédiat. Dans ce contexte, on peut envisager d'élaborer avec le patient un projet thérapeutique.

• L'émetteur ou source du message utilise des symboles (le choix du langage représente un code) et une méthode (le verbal et le non verbal).

Il doit être clair, précis, adapté, intelligible et cohérent. Les deux aspects de la communication (verbale et non verbale) doivent être les plus complémentaires possible.

• Le récepteur a son propre système de repères et de références et élabore une réponse avec les mêmes moyens que l'émetteur.

Il doit être attentif, observer les deux aspects de la communication (verbale et non verbale), distinguer ce qui vient de l'émetteur, reformuler ce qu'il a compris et ce qu'il a observé (messages non verbaux), déterminer la signification du deuxième message de l'émetteur.

Pratique de la relation soignant-soigné

4

Le regard

C'est le premier sens qui intervient dans toute relation interpersonnelle. Il permet de recueillir un grand nombre de données.

Il est nécessaire de s'assurer de l'intégrité de la fonction visuelle de son interlocuteur et de tenir compte de la dimension socioculturelle du regard. En effet pour certains, il peut être associé au voyeurisme, à l'indiscrétion.

Néanmoins, il importe de préciser que l'observation représente une étape primordiale dans la

pratique infirmière (observer l'intégrité de la peau et des téguments, des phanères, l'apparence générale du patient, la coloration de sa peau, etc.).

D'autre part, regarder l'autre, c'est aussi lui manifester de l'intérêt, être attentif à ce qu'il dit.

Il permet le recueil des éléments non verbaux qui représentent 75 % de l'échange lors de la communication. On note ainsi l'état physique, les gestes, les postures, les mimiques, etc.

Les gestes et le message

Nous présenterons ici succinctement certains gestes ou mimiques qui accompagnent le discours. Certains gestes représentent des codes tels que ceux présentés dans les figures suivantes.

D'autres sont soulignés par des expressions particulières du visage, des mimiques.



Fig. 4.1. Le suicide.



Fig. 4.2. Attention, danger.

Les gestes et l'information

Les gestes peuvent ponctuer les propos.



Fig. 4.3. Geste qui appuie la direction à prendre.

Les gestes peuvent également appuyer le discours.



Fig. 4.4. Geste agressif, menaçant.



Fig. 4.5. Désir de communiquer.



Fig. 4.6. Refus de communiquer.



Fig. 4.7. Geste de démonstration, désir de clarté.



Fig. 4.8. Désir de dominer, prendre possession.

Les gestes et les émotions



Fig. 4.9. « Pare-chocs » qui signifient que l'on se sent exposé, vulnérable.



Fig. 4.10. Geste de réajustement, geste barrière qui signe un malaise, la peur d'être agressé.



Fig. 4.11. Geste d'autocontact qui signe la supériorité, l'ironie.

Les gestes et l'état intérieur



Fig. 4.12. Inquiétude.



Fig. 4.13. Perplexité.



Fig. 4.14. Réflexion.



Fig. 4.15. Concentration.

► **REMARQUES.** Il est nécessaire d'être attentif à l'aspect kinésique, à savoir les gestes qui accompagnent ou parasitent le discours, car cet aspect est le premier à être perçu par l'interlocuteur. Le fait de jouer avec des objets ou ses mains perturbe la com-

munication et risque de rompre le contact établi.

Le regard baissé, l'absence de sourire traduisent le stress et perturbent aussi la communication. Ainsi il est préférable d'éviter de lever les yeux au ciel... afin de ne pas rompre le contact établi.

Les distances

Elles sont liées au contexte dans lequel se déroule la communication.

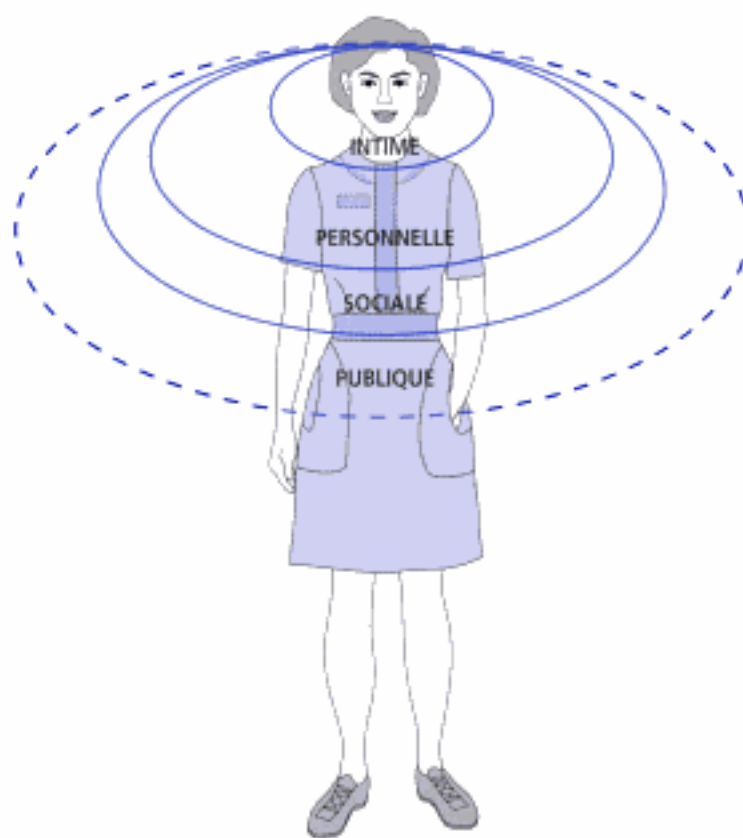


Fig. 4.16. Les distances de la communication.

La distance intime (de 0 à 0,45 m)

Elle a un impact important sur le système perceptif des interlocuteurs (perception de la chaleur du corps, de l'odeur du corps et de l'haleine, etc.). Cette distance est celle des soins quotidiens prodigués par l'infirmier(e). Cette proximité peut être source de malaise mais aussi, à condition d'échanger ses émotions, représenter un moment privilégié pour instaurer une communication.

La distance personnelle (de 0,45 à 1,25 m)

Elle permet une très nette perception de l'autre et de quelques-unes de ses caractéristiques physiques. L'infirmier(e) pourra recueillir des informations personnelles du patient, car il n'est pas nécessaire à cette distance d'élever la voix; il lui sera aussi possible de distinguer les messages non verbaux du patient.

La distance sociale (de 1,25 à 1,36 m)

À cette distance, le contact physique n'est plus possible. Elle est représentée par la situation classique de l'infirmier(e) se tenant au pied du lit du patient, implique d'élever la voix et de ne pouvoir échanger que des généralités.

La distance publique (de 1,36 à 7,5 m)

À cette distance, les échanges ne sont possibles qu'à voix haute, par exemple, lorsque l'infirmier(e) se trouve près de la porte et le patient au fond de la chambre.

Dans ce contexte, beaucoup d'indices non verbaux échappent à la perception; les échanges sont souvent brefs.

Il est clair que si le patient exprime une demande plus personnelle ou si l'infirmier(e) perçoit le mal-être du patient, la communication peut se poursuivre sur un mode plus intime.

Le toucher

Il s'agit du moyen le plus direct pour entrer en contact et favoriser la communication, tout en ayant conscience qu'il peut représenter une menace pour certains patients. On prendra soin d'avertir le patient et si celui-ci manifeste une anxiété importante, il est préférable de ne pas le toucher. Si l'utilisation du toucher demande une grande spontanéité, il est aussi nécessaire de connaître ses limites et de se sentir à l'aise. On tiendra compte de ces paramètres lors du choix des interventions mises en œuvre.

Il est tout aussi nécessaire de prendre en compte la dimension socioculturelle de chaque patient afin de ne pas le heurter et de respecter les tabous culturels. Le toucher permet d'identifier ce que le patient éprouve, ressent (dégout ou plaisir, notion d'inter-

dit, sensation de malaise physique). Il permet de rassurer, de calmer et de détendre immédiatement. Il peut aussi entraîner une atténuation des manifestations douloureuses, car il « anesthésie » en quelque sorte la douleur, en entraînant la libération d'endorphines.

Il persiste lorsque les autres sens ne sont plus utilisés (la vue, l'ouïe, la parole).

Le toucher intervient aussi dans d'autres situations lorsqu'il s'inscrit dans le cadre d'une intervention physique : maîtriser un patient agité, violent, ou au contraire consoler.

Il permet en outre de recevoir et de transmettre une information et est omniprésent dans la pratique infirmière : prendre les signes vitaux, pratiquer un soin, qu'il soit de confort ou bien technique.

Les attitudes

Elles sont liées à la distance à laquelle s'effectue la communication et diffèrent en fonction du contexte (rapport différent entre l'infirmier(e) debout et le patient alité, l'infirmier(e) debout et le patient assis, etc.).

Il sera donc nécessaire de respecter certaines règles afin de favoriser la communication :

- **établir un contact visuel avec le patient**, par exemple, se positionner du côté valide du patient atteint d'une hémiplegie ;

- **vérifier que les personnes sont situées à la même hauteur sur le plan visuel** afin d'éviter d'une part que le patient ne se sente dans une position d'infériorité, et d'autre part l'inconfort physique. Le fait d'être alité entraîne un sentiment de dépendance, perçu différemment par les patients, l'impression d'être dominé. Il est donc nécessaire d'être particulièrement attentif aux

expressions non verbales de malaise (le patient qui remonte ses draps ou croise les bras peut traduire ainsi des signes de tension) ;

- **vérifier que les positions physiques des interlocuteurs permettent d'utiliser le toucher** ; par exemple, la distance entre l'infirmier(e) et le patient doit permettre le contact, de discerner les détails et ne doit pas être entravée par des obstacles tels que des meubles... ;

- **vérifier que la position de chacun est confortable**. Sinon cela risque d'entraîner fatigue et inconfort et une rupture prématurée de la communication. Il en est de même pour l'ouïe (éviter tous les bruits parasites), l'odorat (éviter les lieux où des odeurs nauséabondes entraîneraient une gêne), la vue (éviter un lieu mal éclairé), ou encore faire attention à la température ambiante de la pièce choisie pour un entretien.

L'odorat et le goût

Ce sont les sens les moins utilisés dans la communication entre le patient et l'infirmier(e). Cependant, une odeur désagréable, liée par exemple à un

problème d'hygiène, peut perturber la communication, voire l'interrompre prématurément. Il est à noter que ce sens permet aussi de recueillir

certaines données, sur l'hygiène corporelle ou l'existence d'une incontinence par exemple.

Le goût représentera plutôt un moyen de connaître les habitudes du patient et de maintenir un contact avec son environnement.

L'écoute

Écouter est un acte qui demande un engagement réel. En effet, l'écoute nécessite que l'infirmier(e) soit particulièrement attentive aux messages verbaux et non verbaux du patient, dans un état de vigilance sur le plan sensoriel, intellectuel et émotif. On parle dans ce contexte d'écoute « active » car il s'agit d'un processus actif et volontaire parfois difficile à réaliser.

L'information

Quelle que soit la forme que prend le message, il contient toujours deux types d'information :

- le contenu lui-même : le **fond**, c'est-à-dire le sujet abordé et lui seul ;
- la façon dont il est énoncé : la **forme**, où l'affectivité module l'expression du message.

Il est donc nécessaire d'être attentif aux propos eux-mêmes ainsi qu'à la manière dont ils sont exprimés.

Par exemple, si un patient dit d'un ton morose qu'il est hospitalisé pour une récurrence cancéreuse, il ne serait pas adapté que l'infirmier(e) réponde : « Je sais, j'ai vu votre dossier ». Il est préférable de demander : « Voulez-vous que nous en parlions si cela vous inquiète ? ». Le patient aura alors réellement le sentiment d'avoir été écouté, entendu et compris.

Les autres sens interviennent bien évidemment et il est aussi important de tenir compte des capacités intellectuelles de l'interlocuteur.

Conseils pour effectuer une écoute active

Le temps investi dans l'écoute n'est jamais du temps perdu.

Quelques conseils pour effectuer une écoute active :

- choisir un endroit calme, favorable à l'écoute ;

- se pencher légèrement vers l'autre, ne pas croiser les bras, ne pas jouer avec ses mains ou un objet ;

- veiller à ce que l'expression verbale corresponde à l'expression non verbale ;

- ne pas hésiter à dire que l'on n'a pas compris ;

- adapter son comportement et ses paroles en fonction de l'âge, du sexe, de la distance, du statut socio-économique et culturel du patient ;

- être attentif aux indices verbaux et non verbaux, se mettre dans des dispositions physiques, intellectuelles et affectives propices à l'écoute. Se garder d'émettre des jugements, des opinions même en cas de désaccord ;

- éviter d'être sélectif dans l'écoute : tout ce que dit le patient mérite un intérêt ;

- prendre un temps de réflexion avant de répondre ; toute personne (soignant comme soigné) a le droit d'hésiter, de rester silencieux.

Savoir-faire lors d'une écoute

L'écoute repose sur deux principes.

► LA RÉCEPTIVITÉ

Elle est représentée par l'ensemble des comportements qui manifestent au patient que l'on est à son écoute.

La réceptivité se traduit par le contact visuel, un langage corporel avenant, l'absence de barrière, tous les jeux de physionomie ou mimiques qui expriment nos sentiments, sans oublier le toucher qui signe la présence physique.

► LE PARTAGE

Il se manifeste par des comportements très simples comme par exemple :

- un encouragement à portée limitée (hochement de tête, acquiescement par onomatopée, encouragement de la voix...);

- l'emploi de certains termes tels que bien sûr, tout à fait..., etc.

Les moyens d'écouter activement

- **Les questions fermées** : courtes, simples, elles entraînent une réponse elle aussi brève, le plus souvent oui ou non.
- **Les questions ouvertes** : plus indirectes, elles permettent à une personne de s'exprimer plus librement. La réponse est plus élaborée.
- **Les questions exploratrices** : elles permettent d'obtenir des renseignements complémentaires pour mieux cerner une situation (racontez-moi... par exemple).
- **Les questions de clarification** : elles permettent au soignant de vérifier qu'il a correctement compris les propos du patient et développer certains points.
- **La reformulation** : il s'agit de reprendre en utilisant d'autres termes et de façon plus concise les propos du patient afin de l'encourager à développer ses idées. Ce qui permet aussi de s'assurer que

les propos ont été correctement compris et non interprétés.

► REMARQUES

– Il est préférable d'utiliser le terme « je » lorsqu'on s'adresse au patient, ce qui place chacun en position de sujet. En effet, on exprime ainsi sa propre manière de percevoir la situation tout en respectant l'expression du patient. Le message « je » est une affirmation de soi; il permet d'exprimer ses sentiments et d'évoquer ses propres expériences. Il s'agit d'un message authentique, honnête et cohérent. Il traduit notre réalité intérieure et non une évaluation, un jugement ou une interprétation des propos de notre interlocuteur. Il permet aussi d'éviter toute confusion avec le patient et provoque respect, appréciation et coopération. Enfin il permet l'instauration d'un échange plus convivial et intime.

– Ne jamais commencer les questions par « pour-quoi » afin que le patient ne se sente pas obligé de se justifier.

Tableau 4.1. Récapitulatif des éléments qui limitent ou facilitent la communication.

Éléments limitants	Éléments facilitateurs
– la barrière socioculturelle – l'âge – le sexe – les préjugés – le handicap – la timidité – l'environnement – s'exprimer en donnant des ordres – menacer le patient – faire la morale – donner des solutions – flatter, approuver – analyser, interpréter – rassurer, consoler	– la confiance en soi – la capacité d'écoute : - la capacité de réceptivité - la capacité de partage – la clarté d'expression – la gestion de l'agressivité – la possession de ses moyens intellectuels – l'attention – le confort physique des interlocuteurs – la distance d'écoute adéquate – l'attitude physique en accord avec la disposition à écouter

Accueil des patients et de leur famille

L'accueil, qui signe le premier contact entre les différents protagonistes, est essentiel. La qualité de l'accueil est déterminante pour les relations futures entre le patient, sa famille et le service dans lequel il évoluera.

Il est primordial d'accueillir correctement le patient afin de lui donner certains repères qui lui permettront de s'adapter plus facilement à sa nouvelle situation.

Ainsi on commencera par présenter le service, les membres de l'équipe et les locaux, avant de passer à une communication plus personnelle pour mieux connaître le patient. Une relation de confiance pourra alors s'instaurer entre soignant et soigné et son entourage. En outre, l'entretien d'accueil représente un véritable recueil de données pour l'infirmier(e); il permet en effet d'évaluer l'état psychologique et physique du patient et prendre contact avec l'éventuel entourage de ce dernier.

Pour le patient, connaître l'organisation du service, les membres de l'équipe, savoir qu'il existe une personne référente à qui il pourra s'adresser, sont autant d'éléments qui entraînent une diminution de l'anxiété provoquée par l'hospitalisation.

L'accueil en service d'urgence

Il est intéressant de prendre comme exemple un service d'urgence afin d'analyser les modalités de l'accueil.

L'accueil joue un rôle déterminant de par la spécificité du service d'urgence, qui place les soignants à l'entrée de l'hôpital. On notera que le service d'hospitalisation des urgences est encore appelé « service porte » dans bon nombre d'hôpitaux ce qui prouve bien que la notion d'accueil est étroitement liée à ce service.

L'accueil est d'autant plus important que le patient se trouve dans une situation aiguë, survenue brutalement, qui le confronte à des problèmes qu'il n'avait pas envisagés auparavant (accident

de la voie publique, chute d'un échafaudage, etc.), et qui majore son angoisse.

Face à cette situation, l'infirmier(e) doit essayer de rassurer le patient et sa famille, en donnant des informations simples et compréhensibles sur le déroulement des soins (par exemple : « Nous allons commencer par soulager votre douleur, un médecin va vous examiner, puis vous irez en radiologie afin de vérifier si vous avez des fractures. Après la radio, le médecin vous reverra et vous expliquera le résultat. »).

Il est nécessaire de donner les mêmes informations à la famille.

Cette étape rassure le patient, car il sait ce qui va se passer, qui seront ses interlocuteurs; elle lui permet aussi d'exprimer ses craintes, de poser des questions, ce qu'il ne peut pas faire si on ne prend pas le temps de lui parler.

L'enfant et sa famille

En pédiatrie, la prise en charge de l'enfant est indissociable et complémentaire de celle de la famille. En effet, la présence de la famille et son rôle joué dans l'hospitalisation rassurent l'enfant. La présence d'une personne proche l'aidera à surmonter les difficultés liées au séjour hospitalier, et ce, conjointement à l'équipe soignante.

Il importe de comprendre que pour l'enfant, l'hospitalisation représente la perte de tous ses repères car il ne connaît ni le lieu dans lequel il doit évoluer, ni les personnes qui vont l'entourer et pratiquer des soins qui pourront être douloureux. Il ne sera entouré que d'adultes.

Bien accueillir cet enfant signifie le prendre en charge comme l'enfant qu'il est, tout en le respectant en tant qu'individu; il est préférable de ne pas être d'emblée trop familier.

Dans ce contexte, il est primordial de privilégier l'implication de la famille dans les soins. Il va de soi que ce rôle est difficile à assumer pour chaque famille. N'oublions pas que pour elle aussi l'hospitalisation

est source d'angoisse. Il est donc nécessaire que la prise en charge de la famille s'inscrive dans le projet thérapeutique, afin que celle-ci trouve sa place dans le déroulement des soins et que ce soit bénéfique pour l'enfant. Ainsi il faut l'informer sur le déroulement de l'hospitalisation, la nature des soins, etc., mais aussi sur ce qu'elle, en tant que famille, va pouvoir apporter à l'enfant.

L'accueil commence lors de l'annonce de l'hospitalisation par le médecin. Il s'adressera dans un premier temps à l'enfant, en lui en expliquant les raisons. Le médecin évoquera les objectifs, le déroulement des soins et la durée approximative du séjour à l'hôpital.

Dans un deuxième temps, le médecin s'adressera aux parents, leur donnera si nécessaire des informations complémentaires et répondra à leurs questions. Les parents ont besoin de bien comprendre toutes les étapes de l'hospitalisation afin de pouvoir en parler avec leur enfant, mais aussi pour être rassurés et éviter ainsi de transmettre leur angoisse.

L'étape de l'annonce est capitale car elle permet au soignant, le jour de l'hospitalisation, d'utiliser le même « langage » et d'éviter tout malentendu.

Ce soignant est aussi la personne qui s'occupera de l'enfant à son arrivée; il lui fera, ainsi qu'à sa famille, visiter les locaux (sa chambre, l'espace de jeux, la zone de restauration, et le poste de soin). Il remettra à la famille tous les renseignements administratifs dont elle peut avoir besoin, le numéro de téléphone du service, les horaires pour joindre les médecins ou les rencontrer.

Le soignant proposera à la famille de rester encore un moment dans le service pour qu'ils acquièrent certains repères. L'équipe sera présente auprès de l'enfant lorsque les parents partiront.

L'accueil de la personne âgée

Lorsque l'on reçoit une personne âgée dans un service, il faut s'enquérir de sa situation de famille, afin de savoir si elle est seule ou entourée, et par qui. On lui présentera le service et les différentes personnes de l'équipe, en lui expliquant aussi le fonctionnement et l'organisation des soins prévus.

Il importe bien évidemment de tenir compte des éventuels déficits ou handicaps liés à l'âge, afin d'adapter au mieux l'accueil. Une fois encore, on

prendra soin de respecter la personne âgée en évitant de l'appeler par des petits noms familiers.

On lui donnera toutes les informations nécessaires sur les formalités administratives. Il est nécessaire de prendre le temps de discuter avec elle afin d'évaluer si elle n'a pas d'inquiétudes particulières. On vérifiera qu'elle a bien compris toutes les informations données et on répondra à ses questions. On veillera à donner les renseignements au fur et à mesure afin de ne pas la submerger d'informations.

On lui proposera de déposer ses valeurs au coffre. Et surtout, il est important de lui dire, voire de répéter qu'elle ne doit pas s'inquiéter, qu'il y a toujours quelqu'un dans le service, et qu'elle peut donc sonner en cas de besoin.

L'accueil en psychiatrie

Il s'agit d'un accueil spécifique et particulier. Dans la mesure où les patients que l'on va recevoir n'ont pas obligatoirement décidé cette hospitalisation. Les patients atteints de troubles psychiatriques ne sont pas toujours, en raison de leur pathologie, très attentifs à la réalité qui les entoure; il est donc important pour les soignants d'être clairs et précis. Il peut être parfois nécessaire d'être accompagné par un tiers. Il est préférable que la présentation du service ne soit pas trop longue, pour ne pas être source d'angoisse. Il importe néanmoins de préciser que le service a une organisation et un règlement particuliers, par exemple dans les secteurs fermés où les patients ne peuvent pas sortir comme ils le désirent. Dans ce cas, il s'agit non seulement de les préserver des dangers de la vie extérieure, mais également de protéger toutes les personnes qui les entourent; cet isolement a un but thérapeutique. Le respect du règlement intérieur du service est primordial dans ce contexte.

La présence d'un personnel soignant formé et sensibilisé à la pathologie psychiatrique permet d'accueillir, de mettre en place un projet de soins pour accompagner ces patients et d'assurer un suivi thérapeutique dans les meilleures conditions possibles.

À l'arrivée dans le service, un vestiaire doit être fait, daté et signé. Tout objet pouvant être dangereux pour le patient ou pour les autres doit être écarté.

La prise en charge doit être immédiate dès l'accueil pour éviter toute manifestation d'anxiété de la part du patient comme des autres patients. En effet, dans certains cas, l'arrivée d'un nouveau patient en état d'agitation risque d'intriguer voire d'inquiéter ou d'angoisser les patients déjà hospitalisés; il en est de même pour le patient nouvellement arrivé lorsqu'il découvre des personnes prostrées ou agressives ou encore euphoriques.

Les conditions d'hospitalisation sont parfois très strictes, comme par exemple dans le cadre d'une hospitalisation d'office; la responsabilité civile de l'hôpital vis-à-vis des patients et de leur famille étant engagée.

Conclusion

Bien accueillir est une valeur *princeps* en matière de bienséance.

Il s'agit tout d'abord d'une marque de respect envers autrui, d'une marque d'intérêt. Une personne accueillie n'est plus anonyme; cet aspect est particulièrement important lorsque l'on doit se

rendre à l'hôpital où la crainte d'être pris pour un autre persiste encore.

Cette marque de respect permet à la personne de se situer dans ce milieu méconnu. Le fait de l'identifier signifie qu'elle est attendue, que le personnel connaît le motif de l'hospitalisation et va commencer à s'occuper d'elle dès son arrivée. Mettre à l'aise la personne est primordial pour qu'elle se sente bien et ce d'autant plus qu'elle vient pour être soignée.

La qualité de l'accueil reflète « l'état d'esprit » du service, et peut être perçue différemment en fonction des patients, mais souvent ce premier contact risque de déterminer les relations futures. Cette étape est donc essentielle afin que la prise en charge du patient se déroule dans de bonnes conditions, qui ne pourront que favoriser le déroulement des soins.

Bien accueillir est indispensable sur le plan humain pour pallier le stress provoqué par toute hospitalisation.

Si l'accueil est plus simple à réaliser pour certaines personnes, il n'en reste pas moins une étape indispensable à l'hôpital.

Définition

Nous venons de voir les bases d'une communication fonctionnelle, à l'origine d'un échange privilégié entre l'infirmier(e) et le patient.

Cependant la communication traduit parfois toute la détresse physique et/ou morale du patient. L'infirmier(e) doit alors se placer dans la position d'aider la personne à qui elle répond.

Il s'agit d'une action qui relève du soutien et de l'accompagnement, que l'on peut définir comme l'ensemble des comportements et des attitudes à mettre en place pour permettre au patient d'aborder et de réfléchir aux problèmes rencontrés.

On peut donc parler explicitement de relation d'aide, que L. Auger définit ainsi : « La relation d'aide c'est une manière de procéder, c'est une technique dans le cadre d'une relation interpersonnelle qui cherche à libérer une capacité de la personne aidée à vivre plus pleinement qu'elle ne le faisait au moment du contact¹. »

On peut remarquer que si la tendance à vouloir aider est innée, le fait de devenir aidant doit s'apprendre.

La relation d'aide est à dissocier de la communication dans la mesure où elle n'est ni improvisée ni imprévue mais fait appel, au contraire, à des comportements définis, ainsi qu'à l'utilisation de techniques particulières.

1. L. AUGER, *Communication et épanouissement personnel : la relation d'aide*, Éditions de l'Homme, 1972.



Photo 6.1. Aider le patient.

On peut ainsi dire qu'il s'agit d'une action calculée, mesurée, acquise par l'aidant après une formation spécifique afin de répondre à une demande d'aide verbale ou non du patient, et ce, après l'avoir écouté et observé.

Buts

La relation d'aide est destinée à aider les personnes en difficulté, qui ne parviennent plus à faire face à un mal-être, devenu un état permanent. Pour certaines d'entre elles, cette situation de détresse existe depuis trop longtemps, si long-

temps qu'elles ne se souviennent plus du moment où cela a commencé, ni de l'élément déclenchant. Le but de la relation d'aide est de permettre au patient de retrouver une plus grande autonomie, de l'aider à résoudre ses problèmes par ses propres

moyens. Le soignant élabore une stratégie dont le but est de permettre au patient de prendre conscience et d'identifier ses difficultés. Ainsi il recherchera les solutions appropriées.

Le soignant aidera le patient à prendre conscience des raisons qui l'ont conduit à cet état de mal-être. L'aidant a un devoir d'assistance et non de substitution vis-à-vis du patient.

La mise en place de cette relation d'aide va de pair avec l'instauration d'une relation interperson-

nelle, qui étaye et stimule la réflexion du patient. Cette relation favorise les échanges et par extension la réalisation des objectifs. Ce travail réalisé par l'aidant suit certains concepts et règles.

Le soignant se doit d'éviter toute généralisation des problèmes des patients. En effet, il importe de respecter les différences de chacun ainsi que leur vécu.

Il est inutile de porter des jugements qui pourraient blesser le patient.

Les situations

La stratégie d'aide, mise en place par le soignant, a pour objectif de provoquer des changements afin que le patient retrouve un état de bien-être. Le résultat principal à atteindre est que le patient retrouve un état le plus proche possible de son état initial, c'est-à-dire précédant la dépression.

Ce projet ne peut se mettre en place qu'en concertation avec le patient. La confiance en soi, une plus grande assurance, l'épanouissement sont autant de signes qui traduisent une amélioration.

L'aidant cadre le patient pour éviter qu'il ne se disperse trop entre les problèmes qu'il doit affronter,

leurs causes et les solutions. Il doit également soutenir le patient quand il aborde des sujets douloureux. Cet accompagnement doit être étayé par le soignant afin de permettre au patient de retrouver son autonomie.

Les circonstances de la demande

La demande d'aide est plus ou moins exprimée verbalement par le patient. Elle peut être clairement énoncée dans la conversation ou bien sous-

Tableau 6.1. Caractéristiques des relations d'aide formelle et informelle.

Relation d'aide informelle	Relation d'aide formelle
1. Elle débute souvent à l'improviste.	1. Elle se met en place généralement à un moment déterminé par les deux intervenants.
2. Elle s'organise de façon spontanée (mais elle peut aussi être plus délibérée).	2. Elle est le plus souvent prévue et planifiée.
3. Elle est implicitement acceptée par le patient.	3. Elle est explicitement acceptée par le patient.
4. Le patient est ouvert à cette relation.	4. Le patient s'engage dans un processus de développement personnel.
5. Son approche évolue en fonction de la situation et des besoins manifestés (elle peut être par exemple plus chaleureuse si nécessaire).	5. Son approche est réfléchie (par exemple : l'aidant peut penser qu'une approche plus réaliste serait meilleure dans telle circonstance).
6. Ses objectifs sont définis par les circonstances (par exemple : permettre au patient de s'exprimer, lui redonner confiance).	6. Ses objectifs (bien que souples et adaptables) peuvent être intentionnellement fixés.
7. Ses objectifs sont le plus souvent à court terme et les changements qu'elle détermine sont parfois mineurs (mais pas obligatoirement).	7. Ses objectifs peuvent être à plus long terme et les changements qu'elle détermine sont souvent majeurs (avec cependant des exceptions).
8. C'est un processus de nature plutôt thérapeutique qui amène le patient à se sentir plus serein, plus confiant et plus épanoui.	8. C'est un processus de nature plutôt didactique qui vise un art de vivre.
9. Les exigences chez l'aidant : la capacité d'établir une relation de confiance ; développer surtout l'écoute et l'empathie.	9. Les exigences chez l'aidant : des compétences interpersonnelles bien élaborées, sécurité personnelle et la maîtrise des attitudes caractéristiques de la relation d'aide, c'est-à-dire des compétences professionnelles.

entendue. On sera donc particulièrement attentif aux messages non verbaux : le repli sur soi, les pleurs, ou bien encore un patient qui déambule en regardant avec inquiétude et sans arrêt par la fenêtre sont autant de signes qui traduisent un malaise et un besoin d'aide.

La relation d'aide mise en œuvre sera ainsi plus ou moins formelle selon la demande.

L'approche de ces situations est particulièrement délicate, il importe de faire preuve d'efficacité et

de pouvoir apporter des réponses concrètes, de ne pas dissimuler ou minimiser les difficultés, ce qui pourrait renforcer dans certains cas le déni du patient. Le patient ne doit pas « se voiler la face ». Il est préférable de lui dire la vérité même si cette dernière est difficile à entendre et à accepter. C'est en effet dans ces moments-là, qu'il importe de donner une réponse au patient qui lui permettra de surmonter ses difficultés, s'il le souhaite.

Cas clinique

Cas clinique illustrant une relation d'aide

M^{me} T est hospitalisée dans un service de chirurgie viscérale pour une colostomie, sur résection colique, pour un cancer colique diagnostiqué un mois auparavant.

M^{me} T, 42 ans, est secrétaire de direction. Très attachée à son image corporelle, il s'agit d'une personne très soignée et féminine, qui pratique la natation et fréquente une salle de sport « pour entretenir son corps ».

Ce jour, l'infirmière entre dans la chambre de M^{me} T après le stomatologue pour lui faire son pansement de cicatrice et elle trouve M^{me} T en pleurs.

L'infirmière : « Vous avez l'air perturbé, que se passe-t-il ? »

M^{me} T : « J'ai de grosses inquiétudes. »

L'IDE : « Voulez-vous qu'on en parle ? »

M^{me} T : « Comment je vais faire avec ça ! » (Elle montre sa poche de colostomie d'un air dégoûté.)

L'IDE : « C'est la colostomie qui vous dérange ? »

M^{me} T : « Vous vous rendez compte, je ne pourrai jamais remettre mes tailleurs, et pour nager ou faire du sport, sans parler des gaz à chaque fois que je suis en société, c'est une situation horrible ! »

L'infirmière approche une chaise du lit de M^{me} T, éloigne son chariot de soin afin d'être face à M^{me} T et au même niveau.

L'IDE : « Si j'ai bien compris, c'est le regard que les autres pourront avoir sur vous qui vous gêne. »

M^{me} T : « Comment je vais pouvoir cacher ça ? »

L'IDE : « Nous pouvons voir ensemble quelques astuces qui vous permettront de vivre au mieux avec votre colostomie. Mais vous verrez qu'au fil du temps, vous arriverez à vous connaître et vous adapterez vos habitudes alimentaires, comme vestimentaires afin de vivre avec votre poche.

La question du sport peut se résoudre par un pansement occlusif qui vous permettra de pratiquer vos activités habi-

tuelles. Cependant vous pouvez aussi découvrir d'autres activités vers lesquelles vous vous tournerez spontanément. »

M^{me} T : « C'est facile pour vous de dire ça, mais entre le voir et l'avoir ! »

L'IDE : « Je comprends que cela n'est pas facile mais j'essaie de trouver les solutions qui sont les plus adaptées à votre situation car je suis là pour vous aider à surmonter vos difficultés. Je peux vous proposer, si vous le désirez, de rencontrer d'autres femmes, qui comme vous, ont connu les mêmes difficultés. »

M^{me} T : « Pourquoi pas ? »

L'IDE : « Je ferai le nécessaire pour cela, avez-vous d'autres sujets d'inquiétude dont vous voulez parler ? »

M^{me} T : « Je vous remercie de m'avoir écoutée, cela m'a fait du bien de pouvoir parler de mes inquiétudes. »

L'IDE : « Je vais maintenant faire votre pansement. Je reviendrai plus tard vous dire si j'ai pu joindre les autres personnes. »

Quelques jours plus tard après la rencontre avec une autre patiente ayant le même problème, l'infirmière entre dans la chambre de M^{me} T.

L'IDE : « Bonjour M^{me} T, comment allez-vous ? »

M^{me} T : « Ça va beaucoup mieux, j'ai rencontré la personne que vous m'aviez conseillé de voir. Elle a été vraiment très gentille, et m'a beaucoup rassurée. J'appréhende beaucoup moins les soins que je vais devoir effectuer sur ma colostomie. »

L'IDE : « Je suis très contente que votre entrevue se soit bien passée. Avez-vous besoin d'autres renseignements ? »

M^{me} T : « Non, pas pour le moment. »

L'IDE : « Surtout n'hésitez pas à m'appeler si vous avez besoin d'autre chose. »

On doit aussi respecter les patients qui n'acceptent pas leur situation et se tenir à leur disposition dans les moments où ils ont besoin de soutien.

La situation de crise

Définition

Elle correspond à une période de désorganisation majeure, survenant à la suite d'un événement menaçant, réel ou perçu comme tel, et provoquant une augmentation importante du niveau d'anxiété et de vulnérabilité.

Il peut s'agir par exemple d'une réaction dépressive à la suite de la perte d'un emploi, d'une rupture affective, ou après un accouchement, et dans des cas plus extrêmes, à la suite d'un viol, de la perte d'un enfant, ou encore d'un accident.

L'intervention de l'aidant dans ce contexte peut être considérée comme une intervention d'urgence avec pour objectif d'aider la personne à retrouver son état d'équilibre antérieur.

On notera que souvent en situation de crise, le sujet ne peut utiliser ses mécanismes de défense habituels, ce qui le « paralyse » encore plus et le rend incapable d'agir pour résoudre son problème.

Les causes de la crise

La crise peut survenir lorsqu'une personne ne possède pas les informations nécessaires ou lorsqu'elle les interprète mal, ou encore n'arrive pas à les distinguer d'expériences antérieures.

Prenons l'exemple d'une parturiente dont l'accouchement se déroule par césarienne en urgence. Plusieurs mois après, elle décrit toujours des douleurs neurogènes persistantes et invalidantes.

À l'entretien, la femme exprime sa déception « de ne pas avoir accouché naturellement, comme toutes les autres femmes », elle n'a pas la sensation d'avoir mis son enfant au monde, et par conséquent « ce n'est pas vraiment son enfant ».

Dans cet exemple, on s'aperçoit que cette femme, à qui on n'a pas probablement expliqué les modalités de l'intervention et l'évolution, se polarise sur des douleurs qui sont fréquentes après une intervention chirurgicale. L'accouchement, tel qu'il a été vécu, ne correspond à sa représentation

culturelle de la maternité. Et cette jeune patiente, incapable d'élaborer ce qui s'est passé, exprime son malaise sur le plan somatique.

Les phases de la crise

- **Face à une situation menaçante**, le sujet se réfère à son expérience pour résoudre le problème.
- **L'expérience antérieure ne permet pas de résoudre le problème**, ce qui majore l'anxiété. Le sujet cherche alors à résoudre le problème par tâtonnements (c'est le moment privilégié pour intervenir).
- **Si la phase précédente échoue**, c'est-à-dire que le problème n'a pas été résolu, tout risque de prendre une proportion démesurée.
- **Si ces différentes tentatives n'aboutissent pas**, le sujet risque de présenter un état de désorganisation marqué par la perte de l'espoir, qui peut évoluer vers une réaction dépressive si on n'intervient pas.

Les différents comportements du patient en situation de crise

- ▶ **LE PACIFICATEUR** : attitude traduisant la peur de l'abandon, un appel au secours. C'est une personne qui est calme, qui ne veut pas entrer en conflit.
- ▶ **L'AUTORITAIRE** : celui qui blâme : c'est une défense contre sa propre incompétence. Il critique en permanence, fait des reproches.
- ▶ **LE LOGIQUE, LE RATIONNEL** : attitude masquant une certaine insécurité. Il est raisonnable, objectif. Il s'intéresse aux faits et non aux sentiments. Il rationalise et n'exprime pas d'émotion.
- ▶ **LE DISTRAIT** : il a besoin de se sentir utile. C'est celui qui tourne les propos en dérision, change de sujet.
- ▶ **CELUI QUI CONFRONTE** : attitude positive, il prend les choses en mains. Il pose des questions, aide à clarifier.
- ▶ **CELUI QUI COMMUNIQUE SES SENTIMENTS ET DEMANDE DES INFORMATIONS** : il permet qu'on lui apporte les informations, l'aide requise. Il est à l'écoute des autres, exprime ses sentiments et aide les autres à les exprimer. C'est le plus aidant.

Les interventions

► **ÉVALUER L'INDIVIDU ET SON PROBLÈME :** attention, il est nécessaire d'évaluer le risque suicidaire ou d'homicide. En cas de danger pour le patient ou pour les autres, le recours à un psychiatre est nécessaire.

► **DÉTERMINER LES CONSÉQUENCES DE LA CRISE ACTUELLE :** chercher des soutiens; évaluer les capacités d'adaptation antérieures ainsi que la force intérieure du patient. Cette étape a pour but de chercher à rétablir l'équilibre antérieur du patient.

► **L'INTERVENTION EN ELLE-MÊME :**

- aider le patient à déterminer les causes et la dynamique de la situation de crise;
- favoriser l'expression des sentiments;
- rechercher des stratégies d'adaptation (pour tenter de maîtriser la situation);
- aider le patient à s'intéresser de nouveau au monde extérieur.

► **LA RÉOLUTION DE LA CRISE ET LA PRÉVENTION D'AUTRES CRISES :** on s'appuiera notamment sur les stratégies qui ont permis la résolution de la crise, permettant ainsi de préparer le patient à surmonter les nouvelles crises éventuelles.

Il est à noter que les interventions précitées sont à mettre en œuvre en concertation avec l'ensemble de l'équipe et de l'entourage du patient.

► **LES INTERVENTIONS :** on peut reprendre le schéma comparatif de Donna C. Aguilera¹ afin d'évaluer les facteurs stabilisants lors d'un événement stressant (figure 6.1).

Les réseaux de soutien

L'homme en tant qu'être humain évolue parmi ses semblables. Certains peuvent jouer un rôle de soutien, apporter une aide importante en raison de la qualité des relations nouées.

Il est important de pouvoir faire appel à cette personne « ressource » pour aider la personne en crise. Il peut s'agir d'une personne désignée par le patient, d'un membre de la famille ou de l'équipe soignante, ou encore d'un représentant d'association ou d'une religion par exemple.

1. D.-C. AGUILERA, *Intervention en situation de crise*. Inter-Éditions, Paris, 1995.

Le cas particulier du deuil

Rappelons qu'en France, 73 % des décès se produisent à l'hôpital et que le diagnostic clinique de la mort est établi sur les signes de la mort cérébrale, c'est-à-dire sur les critères neurologiques suivants :

- aréflexie totale dans un organisme normo-thermique, c'est-à-dire aucun mouvement respiratoire;
- mydriase bilatérale même à la stimulation lumineuse;
- 2 EEG plats, associés à la persistance des autres signes.

Le constat du décès doit être établi par deux médecins.

Les différentes étapes de la démarche de deuil

► LE DÉNI

La première étape peut être marquée par le déni, c'est-à-dire le refus de la réalité. Il s'agit d'un mécanisme de défense contre l'angoisse, qui permet de ne pas être submergé par le choc de l'annonce du décès. C'est un processus inconscient.

L'inobservance du traitement, la multiplication des activités non adaptées, le débordement affectif sont autant d'éléments qui traduisent le choc et le refus.

La conduite à tenir est de respecter l'évolution de chaque personne sans la perturber, tout en étant attentif à son comportement et à ce qu'il induit chez le patient.

► LA COLÈRE, LA RÉVOLTE

Elle représente pour certains la seule manière de montrer qu'ils existent encore.

Il est alors nécessaire d'aider l'entourage à comprendre ce qui se passe, à l'accepter pour éviter de répondre par de l'agressivité.

► LE MARCHANDAGE, LA NÉGOCIATION

Le patient essaie de gagner du temps.

On peut aider le patient en établissant avec lui un projet de vie à court terme, en répondant honnêtement à ses questions.

► LA DÉPRESSION, LA TRISTESSE

Une dépression risque de s'installer lorsque le patient prend conscience de sa mort prochaine.

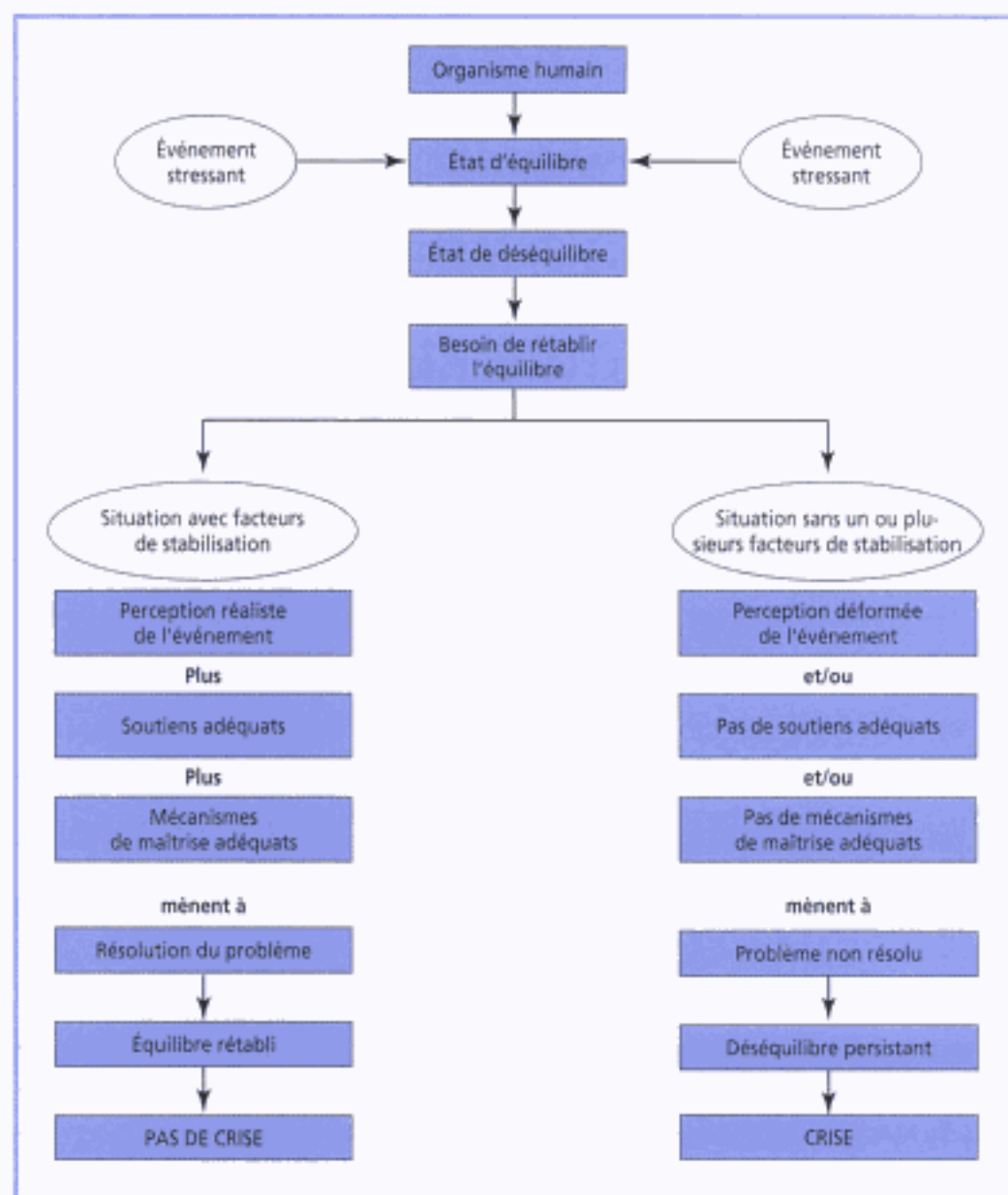


Fig. 6.1. Influence des facteurs de stabilisation au cours d'un événement stressant.

► L'ACCEPTATION, LE DÉTACHEMENT

C'est une forme de résignation; le patient réalise que la mort est inévitable, il rationalise.

Les facteurs de risque pour un deuil compliqué

- La mort brutale, inattendue, violente, voire catastrophique, entraînant la disparition d'un proche.
- Les attitudes de déni persistantes tout au long de la maladie.

- Les relations fusionnelles avec l'autre.
- La répétition des deuils et des séparations surtout en période de crise ou de déséquilibre.
- Le jeune âge du disparu.
- La sidération émotionnelle.

Le travail de deuil, c'est le chemin qui va nous permettre d'accepter la mort de l'autre, c'est-à-dire d'accepter un « jamais plus de regard, plus de voix, de tendresse », l'absence d'avenir et de projets communs, un point final (Louis Vincent Thomas).

Il faut, pour cela, pouvoir ne pas se sentir « coupable » de la mort de l'autre, ne pas s'identifier au mort, accepter sa propre mort comme destin, avoir analysé les pertes antérieures.

Il est à noter qu'aujourd'hui la communauté ne prend plus en charge le deuil dans la mesure où il

se produit le plus souvent à l'hôpital, que les rituels du deuil ont disparu (on ne porte plus de noir, on ne respecte plus le temps du deuil, etc.), qu'il est parfois perçu comme indécemment. Tout ceci contribue à ne plus « vivre » le deuil, et celui-ci peut parfois évoluer en deuil pathologique.

Les différentes phases de la relation d'aide

Introduction

L'instauration d'une relation d'aide suit différentes phases ou étapes, qui sont indispensables et ne peuvent se substituer les unes aux autres, car chacune d'entre elles a sa particularité et sa spécificité. Le soignant peut ainsi toujours identifier l'étape où se trouve le patient, effectuer les adaptations nécessaires pour rester dans les limites du projet de soin, et sélectionner les informations nécessaires pour mener à bien son intervention.

Il peut évaluer les progrès du patient par rapport au déroulement prévu de l'activité et aussi se remettre en question et avoir recours à d'autres méthodes si nécessaire.

Ces différentes phases garantissent le bon déroulement de l'entretien.

Première phase : la prise de contact

Cette première étape est importante car elle est garante du bon déroulement de la relation aidante. Ici, soignant et soigné se rencontrent pour la première fois; ils vont se saluer et se présenter.

Le soignant a pour mission d'expliquer au soigné, de façon claire, précise et adaptée le but et les raisons de l'entretien. Il doit s'assurer de la bonne compréhension de son interlocuteur.

Pour une prise de contact optimale, le soignant doit créer toutes les conditions favorables à une bonne communication. Par exemple, il est préférable pour préserver la confidentialité de l'entretien, d'éviter qu'il se déroule dans une chambre à

plusieurs lits, car le patient risque de ne pas pouvoir se confier en toute liberté, faussant alors cette première prise de contact.

Cette première étape permet le plus souvent d'instaurer une relation de qualité, où l'écoute, la disponibilité et la réceptivité du soignant mettent le patient en confiance et lui permettent de s'exprimer librement.

Deuxième phase : la période d'identification

Ici le soignant va privilégier le recueil des données. Ce temps permet au patient de formuler ses besoins ou ses craintes. Pour cela, le soignant doit être capable :

- de trouver le moment opportun pour l'entretien;
- de prendre le temps nécessaire;
- d'utiliser et adapter les techniques de communication;
- de respecter le discours du patient;
- de s'assurer de la bonne compréhension du patient;
- d'observer les messages non verbaux qui peuvent traduire le malaise, le désarroi ou la souffrance du patient.

Troisième phase : la période de réflexion

Après avoir laissé le patient s'exprimer sur ce qu'il ressent, le soignant va identifier les besoins, puis aider le patient à reformuler, préciser ou clarifier

certaines de ses difficultés. Le soignant doit être capable :

- d'aider le patient à préciser, développer certains aspects de ses problèmes ;
- d'observer un temps de silence suffisant pour donner la parole au patient.

Cette phase doit permettre au patient de trouver par lui-même des solutions.

Quatrième phase : la période d'évaluation

C'est un moment de l'entretien indispensable pour évaluer la qualité et l'efficacité de l'entretien en validant, ou non, l'atteinte des objectifs escomptés et les adapter si nécessaire.

Selon les conclusions, l'entretien peut être repris si besoin.

Cinquième phase : la phase ultime

Le soignant réalise le bilan du travail effectué avec le patient. Il doit être capable d'évaluer les capacités du patient à gérer seul ses problèmes à long terme.

Ces phases sont indispensables au bon déroulement d'un entretien, d'une relation aidante entre soignant-soigné.

La relation d'aide est plus ou moins longue dans sa durée et dans le temps.

Elle dépend de l'adaptation du patient à chaque étape de son entretien.

Il importe d'être particulièrement attentif afin de repérer ce qui pourrait entraver le déroulement de l'entretien et de le reprendre, si nécessaire, au niveau de la phase correspondante.

La durée de l'entretien est variable et il est nécessaire de pouvoir faire preuve de patience.

— Les attitudes au cours d'une relation d'aide —

Malgré la vigilance de l'infirmier(e) et les précautions prises vis-à-vis des patients au cours de la relation d'aide, il peut lui arriver de compromettre le bon déroulement d'un entretien. En effet, il existe des attitudes dites « négatives » qui entraînent une distorsion de la communication. Ainsi l'infirmier(e) peut perdre le contrôle de l'entretien et la confiance du patient.

Il est donc primordial de maîtriser son attitude et son comportement, afin d'éviter de rompre ou de perturber l'échange et interrompre ainsi le travail de réflexion. Nous présenterons à titre d'exemple, une liste répertoriant les différentes attitudes positives et négatives. Peplau disait que, dans tous les cas, la seule chose que peut contrôler l'infirmier(e), c'est son propre comportement, ce qu'elle dit ou ce qu'elle fait avec le patient.

Les différentes attitudes négatives

Ces attitudes sont elles-mêmes classées selon des critères spécifiques (attitudes d'influence, attitudes sensibles et attitudes globales).

Attitudes sensibles

Elles sont résumées dans le tableau 6.2.

Attitudes globales

Selon Schorderet, il s'agit d'attitudes encore plus profondes, qu'il classe en cinq sous-groupes (voir tableau 6.3).

L'attitude critique

Elle permet l'intimidation, elle marque la supériorité du soignant sur le patient et implique une dépendance de ce dernier. Elle ne permet pas de prendre en considération le discours du patient.

L'attitude paternaliste

Elle utilise des notions d'ordre, de conseil, d'évaluation et de soutien. Ici l'entretien est orienté, le patient ne s'exprime pas librement.

L'attitude manipulatrice

Le patient a l'impression d'être écouté et compris avant de s'apercevoir du caractère manipulateur

Tableau 6.2. Les différentes attitudes (d'après Proter¹).

Attitudes d'influence	Attitudes sensibles
L'ordre : indique au patient ce qu'il doit faire.	L'évaluation : celle-ci est faite à partir de critères de soins infirmiers préalablement définis.
Le conseil : suggère à la personne soignée de ce qu'elle doit faire.	Le soutien : il permet au patient de s'exprimer librement grâce au soignant qui le rassure.
L'interprétation : exprime l'avis du soignant, ce qui laisse donc une marge d'erreur possible.	L'enquête : le soignant recherche les informations nécessaires.

1. Voir L. SCHORDERET, 1975 et J. SALOMÉ, 1986.

Tableau 6.3. Récapitulatif des attitudes négatives.

Catégories	Critique	Paternaliste	Manipulatrice	Laisser-faire	Coopérative
Ordre					
Conseil					
Interprétation					
Évaluation					
Soutien					
Enquête					
Compréhension					

de la relation et de devenir agressif. La relation est faussée au détriment du patient.

L'attitude du laisser-faire

Le patient est libre de formuler ce que bon lui semble mais cette attitude ne correspond pas à une écoute.

L'attitude coopérative

Le soignant et le soigné font preuve de respect et d'écoute mutuels. Le soignant privilégie l'expression du soigné, mais élabore déjà ses réponses sans attendre la fin du discours du patient. Schorderet disait à ce propos : « écouter sans rien faire d'autre que d'écouter est chose difficile, écouter sans penser déjà à ce que l'on va rétorquer à l'autre. »

Les attitudes facilitant la relation d'aide

Les attitudes qui facilitent le dialogue et orientent l'entretien en fonction des besoins du patient, pour une relation d'aide optimale sont les suivantes.

Le respect

Le respect est une attitude qui permet à l'infirmier(e) d'assurer au patient une qualité d'écoute et une compréhension optimales. La communication s'établit alors dans un climat de confiance.

L'infirmier(e) doit reconnaître le patient comme un sujet responsable de ses actes et de ses décisions passées et à venir, tenter de comprendre ses idées, ses émotions et ses expériences.

L'écoute active dans ce contexte encourage l'expression des sentiments, des préoccupations du patient ; il s'agit de comprendre et non de juger ou d'évaluer le patient. Ce procédé d'écoute active utilise la reformulation, aide le patient à préciser et à affronter ses difficultés. Selon Rogers, l'écoute active signifie : « qu'on pénètre dans l'univers perceptuel intime de l'autre et qu'on s'y sent à l'aise. »

Le respect est une façon de reconnaître l'individu dans son unicité et de lui témoigner de l'intérêt.

L'empathie

L'empathie joue un rôle important dans l'écoute et la communication. Le soignant exprime de la compassion, c'est-à-dire est particulièrement réceptif aux sentiments et aux émotions exprimés par le patient. Il ne s'agit pas de « partager » les sentiments du patient sinon on s'éloigne du cadre de la relation thérapeutique.

« L'empathie est l'aptitude à pénétrer dans l'univers d'autrui, à comprendre celui-ci, et à lui communiquer cette compréhension. » (Rogers)

Avant de devenir un outil thérapeutique, l'empathie est un aspect de la personnalité qui est développé ou non chez tout individu. Une certaine maturité, de la patience et le contrôle de soi sont nécessaires.

Pour qu'une personne arrive à exprimer ses diffi-

cultés, le soignant doit pouvoir appréhender au mieux son mode de pensée et le comprendre, sinon la résolution des difficultés risque de reposer sur une base erronée.

La congruence

Cette dernière notion se caractérise par une approche sincère et authentique de la personne soignée. Cela signifie que l'émotion et le vécu d'une personne ne sont pas discordants.

Par exemple, l'expression verbale des sentiments du patient et son comportement sont congruents; il existe une parfaite cohérence entre ses pensées, ses actes et son discours.

Au même titre, l'infirmier(e) doit aussi être authentique pour être crédible et permettre au patient de s'exprimer librement.

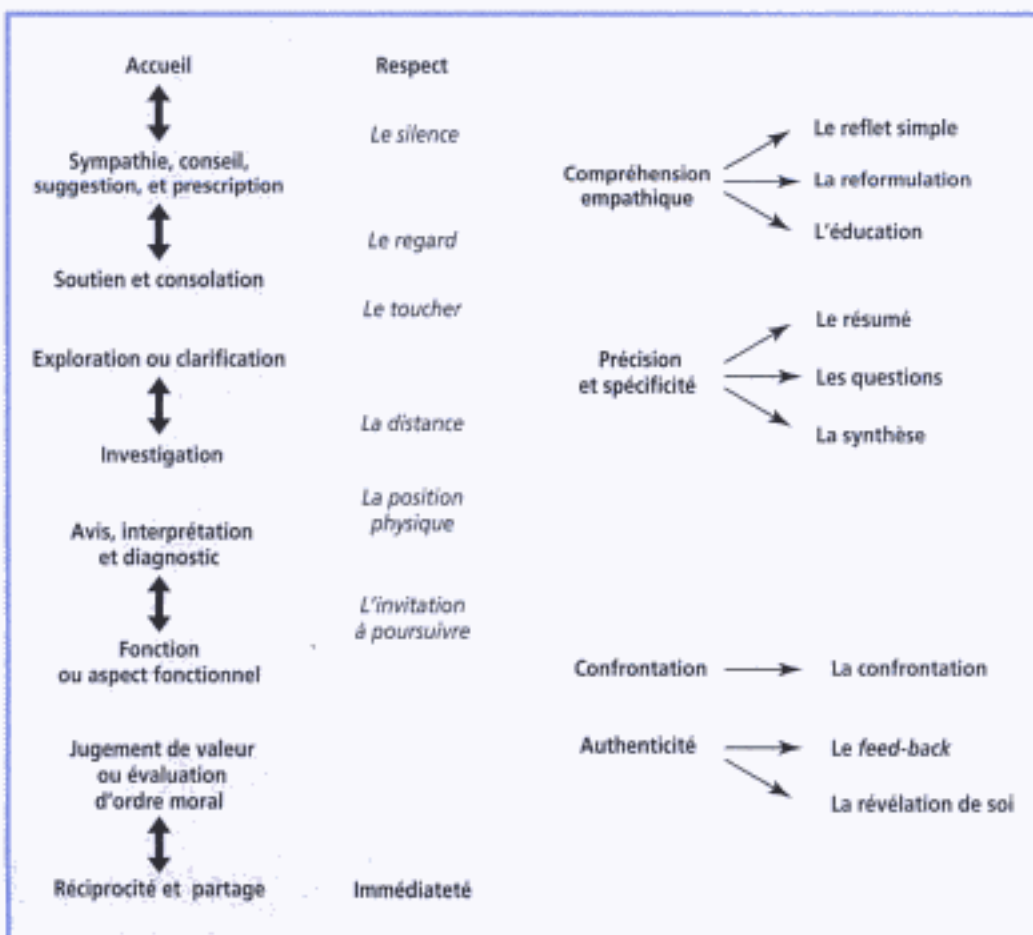


Fig. 6.2. Modes d'écoute, attitudes facilitantes et techniques de communication.

« L'authenticité est un état d'accord interne entre ce que la personne est réellement, ce qu'elle perçoit, pense, ressent d'elle, et ce qu'elle communique. » (J. Châliouf)

« La personne authentique est à l'aise avec elle-même et n'éprouve pas de gêne à rester elle-même dans toutes ses interactions. » (Egan)

En résumé

Grâce à ces notions, l'infirmier(e) maîtrise mieux l'entretien et pourra cibler ses interventions en fonction des besoins du patient. La relation d'aide permet une meilleure connaissance du patient, qui témoigne de la qualité de l'échange.

L'infirmier(e) recueille des informations utiles aux autres partenaires de santé. Le patient s'adressera préférentiellement à elle par exemple, s'il ne comprend pas certains aspects de sa prise en charge, qui peuvent être difficiles à assumer.

Dans ce contexte, on parle d'infirmier(e) « référent(e) », à partir du moment où une relation soignant/soigné s'est mise en place. L'infirmier(e) a été accepté(e) et reconnu(e) et la personne soignée se sent alors soutenue, aidée et écoutée.

Ce sont autant de signes qui traduisent l'instauration d'une relation d'aide adéquate.

Évaluation et limites de la relation d'aide

Comme pour tout projet de soin, on peut évaluer l'efficacité de la relation d'aide en observant quels moyens ou stratégies le patient met en place pour pallier ses difficultés.

Il est aussi important d'évaluer son mieux-être, en étant attentif aux attitudes ou comportements qui traduisent une ouverture aux autres et vers l'extérieur en général.

Le résultat le plus pertinent de l'efficacité de la relation d'aide est l'expression par le patient lui-même d'une amélioration de son état. Ce résultat sera confronté aux objectifs fixés au préalable.

Il va de soi que, comme toute relation interpersonnelle, la relation d'aide a ses limites. C'est ainsi que le projet relationnel peut être mis en échec et ce, tout simplement pour des raisons propres à la nature même de toute communication, comme nous l'évoquions précédemment (les limites de la communication elle-même mais aussi les notions de transfert, de contre-transfert...).

Cependant, certaines limites peuvent être dépassées, car l'infirmier(e) travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire. D'autres membres de l'équipe, c'est-à-dire les infirmier(e)s ou paramédicaux, mais aussi les médecins, psychologues, etc., peuvent intervenir, apporter un soutien, une écoute des difficultés rencontrées avec le patient et aussi intervenir comme tierce personne auprès du patient.

Conclusion

La relation d'aide est une constante invariable qui appartient au rôle propre de l'infirmier(e). Il s'agit d'une action naturelle et nécessaire qui se met en place automatiquement dès lors que l'infirmier(e) est en contact avec son patient.

La distance qui existe entre le lit du patient et l'infirmier(e) est chargé(e) de symboles, qui placent bien souvent l'infirmier(e) au centre de la relation soignant-soigné. Il/elle est celui(elle)

qui apporte un réconfort et encourage le patient et sa famille dans les moments les plus difficiles.

Ce soutien que l'infirmier(e) apporte grâce à son savoir-être est une attitude que l'on n'apprend pas, à la différence de l'expérience professionnelle et des techniques relationnelles. La relation d'aide est un savoir unique et spécifique à cette profession.

Cette capacité d'aider l'autre apporte, notamment, une large reconnaissance.

Définition

Le terme de « *burn-out* » est apparu dans la littérature professionnelle en 1974 et concerne la personne aidante. Il apparaît lors de conditions de travail particulières telles que :

- la formation insuffisante ;
- la surcharge de travail ;
- l'excès d'heures supplémentaires ;
- la rémunération insuffisante ;
- l'ingratitude des patients ;
- l'insuffisance des ressources ;
- les contraintes politiques et bureaucratiques ;
- le décalage entre aspirations et réalisations...

Pour faire face à cet état quelques solutions ont été évoquées, telles que :

- les réunions qui permettent d'exprimer les sentiments, d'échanger les vécus et le soutien mutuel ;
- un système de roulement du travail ;
- la récupération de journées de congés spéciaux ;
- la formation du personnel afin de pallier les besoins éducatifs du personnel.

Les stades du désillusionnement

Afin de mieux comprendre le phénomène du *burn-out*, nous reprendrons les stades du désillusionnement décrits par Donna C. Aguilera.

L'enthousiasme

Cette phase correspond à l'entrée d'un sujet dans la vie professionnelle, avec des attentes pas toujours réalistes ni réalisables. Au cours de sa vie, ainsi qu'au décours des mises en situations professionnelles, le sujet acquiert une idée fausse de son futur travail, et va, avec l'énergie débordante de ses débuts, s'investir dans des relations qui ne sont pas adaptées.

Ce surinvestissement risque de l'empêcher d'identifier les besoins réels du patient et de les confondre avec ses propres attentes. Cette attitude a des conséquences négatives, à la fois pour le patient qui n'obtient pas de réponses adaptées, mais aussi pour le soignant qui est déçu devant la réaction du patient qui ne correspond pas à ce qu'il espérait. Ce surinvestissement de la vie professionnelle s'effectue aussi au détriment de la vie personnelle, ce qui n'est pas sans conséquence.

La stagnation

Après la période de surinvestissement et la déception face aux attentes déçues, on observe une perte de motivation. Le sujet découvre alors ou prend conscience des différents inconvénients propres à sa profession et qu'il n'avait, jusque-là, pas réellement envisagés.

Sa profession va commencer à lui peser. Il n'envisage pas de changer de métier, mais supporte difficilement la frustration, l'insatisfaction dont il prend conscience et dont il souffre.

La frustration

Les personnes aidantes ont pour objectif de satisfaire les besoins des autres alors qu'elles-mêmes ne sont pas satisfaites.

L'existence de conditions de travail inadéquates, le fait que le travail ne corresponde pas aux attentes du soignant, risque de se traduire par un sentiment d'impuissance qui conduira le soignant au *burn-out*. Devant le manque d'estime de tous, patients, collègues, le soignant se demande alors pourquoi il

est là, à quoi il sert. S'installe alors un cercle vicieux car le soignant, en raison de son état, travaille mal et renforce son insatisfaction.

Devant ce phénomène, le soignant a trois possibilités de réaction :

- se servir de l'état de frustration et construire quelque chose avec : c'est une **attitude positive** ;
- se servir de l'état de frustration mais le mettre au service d'actions négatives : c'est l'hyperactivité pour fuir la réalité. C'est une **attitude négative d'autodestruction** ;
- la fuite, l'absence de réaction : elle conduit à la quatrième phase, l'**apathie**.

L'apathie

Elle correspond à un détachement émotionnel progressif.

Au départ l'enthousiasme, l'idéalisme, l'identification sont au premier plan, mais pour assurer son travail et être efficace, une distance est nécessaire. Distance que le sujet est incapable d'établir et on observe alors un état de torpeur, d'apathie. Le sujet néglige tout, considère son travail seulement comme une source de revenus et se désinvestit totalement. Même s'il a alors conscience des dys-

fonctionnements, il n'arrive pas à amorcer un changement.

Il est particulièrement difficile de se sortir de cette situation. Tous ces conflits irrésolus placent le sujet dans une position désespérée et ambivalente : il attend un événement, tout en étant convaincu que rien n'arrivera.

À un stade ultime il sera nécessaire d'envisager un changement de profession.

Le soignant s'isole de plus en plus, ne parle pas avec ses collègues car il a honte de ses sentiments, a l'impression d'être le seul à vivre cette situation. Il se dissimule derrière un professionnalisme exacerbé et fait mine ainsi de gérer la situation.

Le désespoir

Il est défini selon Horney (1967) comme le produit ultime des conflits non résolus. Il signifie que la personne attend ou espère des changements en étant convaincue que rien ne se produira.

Le désespoir peut déjà être présent dans les différentes phases précédentes. Le sujet, dès qu'il ressent un sentiment de désespoir, le dissimule et se comporte comme s'il gérait la situation, ce qui ne fera que l'aggraver.

Les interventions

Il peut s'agir soit d'une démarche personnelle, soit d'une aide extérieure. En effet, la personne peut d'elle-même, à la suite d'un événement décisif ou non, décider d'un changement. Elle peut alors être soutenue par une tierce personne qui appartient à son milieu professionnel ou non. Mais il peut s'agir aussi d'un supérieur hiérarchique ou d'un proche qui, conscient de ses difficultés, l'oriente vers cette démarche.

Cette démarche peut intervenir à tous les stades du désillusionnement. Cependant, elle se met en place surtout lors la phase de frustration.

La séparation de la vie professionnelle et de la vie privée

L'existence d'une vie privée épanouie et équilibrée permet le plus souvent de faire face de

manière adaptée aux problèmes rencontrés dans la vie professionnelle. Les investissements en dehors du travail, qu'il s'agisse d'activités culturelles, artistiques ou sportives entrent dans ce cadre et permettent de se « ressourcer ».

Privilégier des moments de rencontre avec d'autres personnes que ses collègues de travail, permet d'échapper à son univers professionnel et de se créer une identité indépendante du travail.

L'isolement

On entend par isolement l'établissement d'une distance physique avec le lieu professionnel. Le soignant participe à une activité qui l'éloigne de sa pratique quotidienne, par exemple, la participation à une formation, voire des journées de coupure. Il s'agit bien sûr d'un acte temporaire, positif et bénéfique pour le soignant.

Le défouloir

Le soignant peut participer à une activité en sortant de son travail, avant de rentrer chez lui afin de « décharger » son énergie. On peut noter que

cette activité sera dans l'ensemble plus physique qu'intellectuelle.

Cette activité entraîne une détente et favorise les contacts avec d'autres personnes étrangères au milieu professionnel.

Cas clinique

Cas clinique

J. est une jeune infirmière qui vient d'obtenir son diplôme d'État.

Elle prend son premier poste aux urgences d'un CHU renommé de la région parisienne.

Ce poste correspond au désir qu'elle a de travailler dans un service où prédominent les soins techniques afin de maîtriser ces derniers, et où l'activité intense lui permettra de dominer ses appréhensions et d'éviter une « routine » où elle risque de s'ennuyer.

Deux mois après le début de sa jeune carrière, J. part une semaine dans sa famille. Ses proches, intéressés par son entrée dans la vie active, lui demandent des nouvelles de son travail. Elle se rend alors compte qu'elle tient des propos très négatifs sur sa pratique, décrivant les patients comme très désagréables, agressifs et butés. Ce qui la contrarie énormément car elle a l'impression d'entendre les vieilles infirmières blasées et aigries à qui elle s'était jurée de ne pas ressembler lorsqu'elle était étudiante en soins infirmiers.

De retour dans la région parisienne, elle contacte un ami infirmier qui lui conseille de s'investir dans des projets de service afin de pallier la situation.

Dans le domaine professionnel, elle acquiert la dextérité et les connaissances médicales qui font d'elle une professionnelle appréciée de l'équipe médicale et de ses supérieurs hiérarchiques. Cependant J. sort de son travail dans un état de stress qu'elle a du mal à maîtriser, d'autant plus qu'elle n'a pas d'activité physique extraprofessionnelle.

À l'aide d'un cadre infirmier et de collègues à elle, J. fait un travail sur la prise en charge de la douleur dans son service. Les conclusions de leur travail restent ignorées du reste de l'équipe et n'entraînent aucun changement. Ce désintérêt général ne fait que la démotiver davantage.

Face à cette non-reconnaissance, J. a pris la décision de quitter son service. Elle revient quelques mois plus tard dans son ancien service, et constate qu'elle a pris la bonne décision.

Bibliographie de la première partie

- AGUILERA D.-C. — *Intervention en situation de crise*. Inter-Editions, 1995.
- AUGER L. — *Communication et épanouissement personnel : la relation d'aide*. Éditions de l'Homme, 1972.
- BANDLER R., GRINGER J. — *Les secrets de la communication*. Le Jour, 1982.
- CHALIFOUR J. — *La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique humaniste*. Lamarre, 1989.
- CHALIFOUR J. — *Enseigner la relation d'aide*. Gaëtan Morin et Lamarre, 1993.
- FAULKNER A. — *Interaction efficace avec les malades*. Edisem et Lamarre, 1993.
- GASPARUTTO G. — *L'infirmière et la communication*. Lamarre, 1990.
- HORDERET S. — *La technique de l'entretien*. Collection *Au service de l'homme*, 1971.
- MANOUKIAN A., MASSEKEUF A. — *La relation soignant-soigné*. Lamarre, 1995.

Hidden page

Deuxième partie

**DÉMARCHE
ÉDUCATIVE**

Hidden page

Démarche éducative : situation dans le champ professionnel

Terminologie

Les soins éducatifs se définissent comme : « des interventions qui consistent à offrir à une personne ou à un groupe, des informations, conseils ou assistance pour lui permettre de comprendre ce qui peut maintenir, restaurer, promouvoir sa santé et de modifier ses comportements » (*Guide du service infirmier* 86/21 bis n° 3).

« Le soin éducatif vise l'acquisition par le bénéficiaire de soins de connaissances; en vue d'une modification d'attitude et de comportement lui permettant d'atteindre le plus haut niveau de santé possible. L'efficacité d'un soin éducatif dépend de la pertinence de son adaptation à la personne soignée mais également de la qualité du processus relationnel dans lequel il s'inscrit. » (*Réflexion sur les soins relationnels et éducatifs*, direction des hôpitaux, bureau infirmier, février 1995).

Au regard des textes législatifs professionnels

Le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier indique :

► **ARTICLE 1 :** « L'exercice de la profession d'infirmier comporte... et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. »

► **ARTICLE 2 :** « Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade... Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé... de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques..., en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social. »

► **ARTICLE 3 :** « Relèvent du rôle propre de l'infirmier, les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. »

► **ARTICLE 5 :** « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les

soins suivants, visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap;
- lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation;
- prévention et soins d'escarres;
- soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement;
- aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable; vérification de leur prise; surveillance de leurs effets et éducation du patient;
- surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire;
- préparation et surveillance du repos et du sommeil;
- détection des parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci;
- surveillance de l'élimination intestinale et urinaire de changement de sondes vésicales;
- soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale;
- recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :

Le soin éducatif, partie intégrante du soin infirmier.

a) urines : glycosurie, acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène (pH),

b) sang : glycémie, acétonémie.

- prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses;
- activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe;
- surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient. »

► **ARTICLE 14 :** « Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

- formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé;
- encadrement des stagiaires en formation;

– formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires...

– dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène et de santé individuelle et collective et de sécurité;

– dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives;

– éducation à la sexualité;

– participation à des actions de santé publique. »

► **LA LOI** (n° 91-748 du 31 juillet 1991) portant réforme hospitalière stipule que :

– les personnels soignants participent à l'information des personnes soignées dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs règles professionnelles (article 710-2);

– les établissements de santé publics et privés participent à des actions de santé publique, notamment à des actions d'éducation pour la santé et la prévention (article 711-1).

Au regard du programme des études infirmières

Le profil infirmier souligne : « un infirmier apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine préventif, curatif, de réadaptation et de réhabilitation ».

Les objectifs globaux du contenu de l'enseignement précisent : « planifier l'ensemble des soins infirmiers, notamment en matière de prévention et d'éducation pour la santé individuelle et collective ».

Les modules transversaux, gérés durant le cursus de formation indiquent :

● **Sciences humaines, sociologie :** « animation des groupes à visée occupationnelle, éducative, socioculturelle ».

● **Santé publique :**

- promotion de la santé et éducation pour la santé...
- techniques d'éducation de la santé en fonction des publics concernés;
- soins de santé primaires et communautaires...
- analyse de besoins, planification et programmation, évaluation.

● **Soins infirmiers, module 4 :** « protocoles éducatifs ».

● **Hygiène :** « mesures générales de prévention, soins infirmiers et hygiène, hygiène de l'environnement ».

Les modules globaux comportent chacun une rubrique « santé publique et éducation ».

Il est à noter que les soins éducatifs sont soit identifiés, soit énumérés.

► **IDENTIFIÉS**

- « Soins de santé primaire ou communautaire. »
- « Techniques d'éducation de la santé en fonction des publics concernés. »
- « Protocoles éducatifs. »

► **ÉNUMÉRÉS**

- « Éducation alimentaire de la personne soignée et de son entourage. »
- « Prévention des risques. »
- « Participation aux actions de socialisation. »

De nombreuses situations d'apprentissage pour intégrer la démarche éducative.

► **ILS SONT CENTRÉS SUR :**

● **La personne ou un groupe de personnes**

- « Éducation de la personne soignée et de son entourage en matière d'hygiène de vie. »
- « Réadaptation des personnes soignées à une vie sociale et familiale. »

- « Éducation des personnes asthmatiques. »

● **Ou sur un thème**

- « Aide à la réinsertion sociale et familiale. »
- « Éducation en matière de vaccination. »
- « Éducation en vue de la prévention des accidents notamment domestiques. »

Dans la pratique professionnelle

Quel que soit le secteur d'activité de l'infirmier(e), les soins éducatifs ont tout leur sens et sont bien réels :

● **En établissements de santé publics ou privés.** Éducation de la santé par la prise en charge de la personne soignée au regard de sa pathologie et prévention dans les secteurs de consultations : planning familial, centre antitabac.

● **En entreprise.** La prévention est au premier plan officialisée dans l'instance CHSCT : lutte contre les risques spécifiques, le bruit en milieu industriel, les lombalgies.

● **En santé scolaire.** Promotion de la santé dans l'acquisition de l'hygiène de vie : hygiène corporelle, hygiène bucco-dentaire, hygiène alimentaire, prévention du sida.

● **Sur des lieux de vie.** Crèches, centres sociaux : éducation pour la santé sous forme ludique.

● **Dans les structures d'insertion ou de réadaptation.** Missions locales, CCAS, Centres de réadaptation fonctionnelle : promotion de la santé spécifique à la population accueillie.

● **Dans des structures extrahospitalières.** Centres de soins, soins à domicile, centres de médecine préventive.

Les soins éducatifs, partie intégrante du rôle propre, affirment l'identité infirmière.

► **LE NOUVEAU PROFIL INFIRMIER** renforce la notion de soin éducatif dans la prise en charge des soins infirmiers d'une personne, prenant en compte l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle et une détresse physique ou

psychique. De plus, « l'infirmier doit faire participer l'individu ou le groupe en prenant en considération leur dimension culturelle et leur personnalité. » Grâce à son savoir, lui permettant d'affirmer une réelle professionnalisation, une meilleure reconnaissance sociale lui est accordée dans une logique d'acteurs.

Il est impératif de quantifier les soins éducatifs en temps et en coût et de les intégrer dans la charge en soins d'une personne. Leur reconnaissance présente un atout majeur :

- dans l'activité infirmière, face à la dotation en effectif;
- pour la personne bénéficiaire, dans l'optimisation de son bien-être par des connaissances spécifiques;
- dans la politique de la santé, l'incidence étant la réduction des coûts de santé.

À la lecture des ordonnances sur le plan de la santé publique, les Unions régionales des caisses des régimes obligatoires de base d'assurance maladie ont pour mission : « La mise en œuvre pour chacune des caisses des actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités de santé publique arrêtées au niveau régional. »

► **LES SOINS ÉDUCATIFS** s'appuient sur des référents théoriques :

- Conception de la santé, de la maladie ou handicap, de la mort.
- Conception du soin infirmier.
- Théorie de soins et diagnostics infirmiers.

Démarche éducative : interface de divers concepts

Les concepts santé-maladie-handicap sont interdépendants et s'appuient sur le concept de l'homme dans son environnement et celui de la notion d'échange.

Concept « santé »

► **L'HOMME EST UN SUJET SOCIAL.** Il s'inscrit dans un cycle de vie, dans un espace social. Sa personnalité est liée à son histoire, sa famille et son milieu culturel. Différents rôles lui sont attribués au regard de l'appartenance familiale et professionnelle.

Sa vitalité physique dépend de ses engagements dans la vie quotidienne et de ses systèmes de relation avec les autres. Il possède des ressources sociales et psychologiques influencées par le réseau social dans lequel il vit et déterminantes face à une vulnérabilité.

Selon l'OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité ».

Ce complet bien-être, basé sur un capital suppose que la santé n'est pas acquise : il faut la gérer, la construire. Il exige la satisfaction des besoins fondamentaux : physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime et de réalisation.

Il s'inscrit dans un milieu de vie où la personne est en adaptation constante avec un environnement changeant. Elle est en interaction avec sa vie familiale, sa vie sociale, le monde du travail et les loisirs.

► **PLUSIEURS AUTEURS** illustrent le concept « santé » :

● **Illich** : « La santé est la capacité d'affronter de manière autonome ce qui lui arrive, contrôler son histoire, son environnement socioculturel, de se prendre en charge par ses propres moyens. »

● **Foucault-Castel** : « C'est un processus d'interaction permanente entre le milieu de vie et la personne, en relation avec l'histoire inconsciente du sujet plus ou moins connue par celui-ci. »

● **Dr Ramakrishna** : « L'autogestion de la santé devrait devenir un style de vie en harmonie avec la culture et les aspirations des gens. Cet objectif ne saurait être atteint sans un engagement personnel. »

La santé est bien l'appropriation du mode de vie et de l'environnement. Les capacités à surmonter les crises, les moments difficiles, les épreuves sont des indicateurs de santé.

Concept « maladie-handicap »

La maladie résulte d'un événement non gérable par la personne, se caractérisant par des signes et des symptômes d'ordre somatique (déséquilibre d'un diabète...), d'ordre psychologique (eczéma, ulcère gastrique...) ou bien d'ordre mental (état dépressif...). L'événement vécu, quel qu'il soit, prend son sens à partir de son histoire personnelle, de son expérience de vie et du contexte de la situation.

► **DIFFÉRENTS FACTEURS PEUVENT ÊTRE SOURCE DE STRESS NON MAÎTRISÉ** et devenir situation de crise :

● **Changement de rôle** : dans le monde du travail, sur le plan personnel, familial.

● **Événement extérieur lié à l'environnement** : déménagement, accident, incendie.

L'autogestion de la santé, à partir de ses expériences, est la preuve même que la santé est considérée comme un bien précieux.

● **Retentissement psychologique lié à un vécu particulier** : échec.

Face à son histoire personnelle et au processus d'adaptation, les effets liés à la maladie sont gérés différemment. Le désarroi est maîtrisé au regard de l'expérience de la personne et de ses connaissances acquises.

De nouveaux rapports au mode de vie s'instaurent tout comme la gestion du corps souffrant. Les ressources personnelles sont mobilisées et une recherche de sens s'effectue.

Les émotions exprimées se régulent avec les personnes du milieu de vie proche. Les ressources sociales ont leurs limites : des professionnels de santé peuvent intervenir et c'est dans ce cadre que le soin infirmier s'inscrit.

► **DURANT L'HOSPITALISATION OU LE SUIVI DE SOINS**, l'infirmier(e) « prend soin » de la personne en vue de répondre à son état de santé.

Ce temps privilégié fait l'objet d'une remise en question de la personne souffrante. L'infirmier(e) accompagne la personne dans le questionnement sur le sens de la vie, en traversant les différentes étapes de la maladie.

Les diverses phases de la maladie sont à décrypter en vue de repérer la disponibilité de la personne qui va s'engager dans la démarche éducative et de l'intégrer.

► **LES PHASES** sont :

● **Le choc** : annonce d'un diagnostic, d'une maladie. Moment de déni où la personne refuse la réalité de son état de santé.

● **La révolte** : période d'agressivité où la personne exprime colère, incompréhension, injustice. Souvent, elle se culpabilise « d'être une charge » face à sa famille et/ou son réseau de soutien.

● **Le marchandage** : étape de compromis face aux contraintes qui sont soit acceptées soit refusées, mais où de nombreuses questions fusent.

● **L'anxiété** : phase difficile et silencieuse où la personne n'a pas le choix de son état de santé mais celui d'une autre trajectoire de vie.

● **La résignation** : période de soumission; la personne est passive, dépendante du réseau de soins et/ou de soutien.

● **L'acceptation** : la personne devient dynamique; elle communique. Période d'ancrage de la démarche éducative où elle peut s'impliquer dans la gestion de son état de santé.

La connaissance de ces diverses phases d'acceptation de la maladie par l'infirmier(e) permet de décoder dans quel « état d'esprit », de disponibilité se situe la personne bénéficiant de soins.

L'écoute, l'entrée en relation avec la personne face au vécu de sa maladie, face à ses émotions, ses questionnements l'inviteront à entrer dans un processus de changement en vue de contrôler la maladie.

La maladie : rupture d'un équilibre, d'une harmonie.

Soin infirmier dans ses dimensions éducatives et préventives

Étymologiquement, le mot « soin » se qualifie comme « prendre soin de », « souci », « sollicitude ». Les soins prennent sens par :

– leurs fonctions : protection du corps, entraide, accompagnement;

– leurs valeurs : reconnaissance de la personne, respect de son indépendance.

Les soins infirmiers sont définis par l'article 2 du décret de compétences du 11 février 2002.

► **SOIGNER N'EST PAS UN ACTE ISOLÉ, COUPÉ DE TOUTE UNE SITUATION.** Le processus de soin ne peut se détacher d'une interrogation sur ce qui fait obstacle à la vie, sans risquer dans de nom-

breuses situations, de masquer, d'entretenir les racines du mal. Soigner engage une responsabilité sociale : rien dans l'acte de soigner n'est neutre, ni les personnes, ni les outils.

« Soigner, c'est l'ensemble d'un processus de discernement des besoins sanitaires nécessaires à la vie de quelqu'un ou d'un groupe; c'est-à-dire une interrogation, un diagnostic portant sur les besoins vitaux, qu'ils soient d'ordre biologique, affectif, social et économique ainsi que les interrelations et les influences qui s'établissent entre eux, et qu'il faut mettre en œuvre pour y répondre: cette action pouvant être réalisée avec d'autres personnes, qu'elles soient professionnelles ou non. » (M.-F. Collière)

Le rôle éducatif et préventif est déterminant pour une prise en charge par les personnes elles-mêmes de leur santé et pour une efficacité et une efficience dans la politique de santé à moyen et long terme.

Le soin éducatif s'inscrit dans un processus interrelationnel. Il permet à la personne l'appropriation de nouvelles connaissances pour optimiser son niveau de santé. Il vise la promotion de la

santé avec changement de comportement et s'appuie sur les modes de vie.

Le questionnaire infirmier est centré sur :

- quelles sont les habitudes de vie ?
 - quelle est la marge de liberté dans un choix de vie ?
 - quelles sont les conséquences sur la santé ?
 - quels sont les comportements dangereux sur la santé ?
-

Éducation pour la santé

► **L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ** se définit comme l'acquisition d'un savoir, d'un savoir-faire ainsi que l'apprentissage d'un comportement vis-à-vis des problèmes de santé individuels ou collectifs. Elle donne les moyens en connaissances et en motivations pour :

- **Faire participer chacun** à la promotion, la protection et la restauration de la santé.
- **Permettre l'acquisition d'une certaine autonomie vis-à-vis** de ces problèmes.

► **ELLE SE PRATIQUE TANT DANS LE DOMAINE PRÉVENTIF QUE DANS LE DOMAINE CURATIF.** Reprenant la définition de la prévention, la démarche éducative porte sur :

- **La réduction des facteurs de risque :** prévention primaire.
- **Le dépistage précoce des problèmes de santé :** prévention secondaire.
- **La prévention des rechutes :** prévention tertiaire.

« L'éducation pour la santé n'a pas forcément à fabriquer des messages et à trouver des moyens pédagogiques propres à les diffuser. Elle doit avant tout :

- être écoute plutôt que parole ;
 - et, fondamentalement, faire confiance à la population dans ses capacités à identifier, décrire et éventuellement résoudre ses problèmes de santé. » (J.-P. Deschamps, département de santé publique, faculté de médecine, Nancy).
-

► **L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE** est fortement souhaitable comme démarche à entreprendre. Elle est caractérisée par :

- **La participation** de la personne ou du groupe de personnes.
- **Leurs besoins « exprimés » ou à « décoder », ou leurs préoccupations :**
 - **besoin exprimé :** la personne a conscience du problème de santé, il est identifié et fait l'objet d'une demande ;
 - **besoin à décoder :** il est à évaluer par les professionnels de santé, celui-ci n'étant pas perçu par la personne.
- **L'identification de leurs ressources.**
- **L'encouragement de l'initiative personnelle** dans un projet de santé.

La démarche éducative répond aux buts de la santé pour tous en Europe, et en particulier ceux permettant d'améliorer les possibilités et les capacités de mener une vie saine liée aux modes de vie, à l'environnement et aux soins de santé.

Divers acteurs sont concernés : les politiques nationales, la population, les professionnels de santé.

La finalité de la démarche éducative est renforcée par le but 15 : « D'ici l'an 1990, tous les États membres devraient avoir des programmes éducatifs afin de donner à leur population les connaissances, les capacités et les motivations nécessaires pour préserver leur santé. »

La promotion de la santé :
« Ensemble des processus qui permettent aux gens, individuellement et collectivement, d'augmenter leur contrôle sur leur santé et sur ses déterminants et d'améliorer celle-ci. » (Copenhague)

Tableau synoptique des concepts

L'interface des divers concepts renvoie à l'interdépendance des modules d'enseignement du programme des études infirmières.

L'arbre des concepts permet de clarifier les concepts à comprendre, situés à l'extrémité des branches de l'arbre et des actions à entreprendre positionnées sur les branches principales.

La démarche éducative aboutit au changement de comportement en vue d'une amélioration d'un état de santé. La compréhension des concepts est le fondement de l'action éducative. Pour tout problème de santé, l'étudiant(e) infirmier(e) anticipe sa démarche intellectuelle en identifiant, à partir de l'état de santé, les actions à entreprendre et les concepts à comprendre en vue de l'amélioration de celui-ci (voir figure 9.1, page suivante).

Enjeux de la démarche éducative dans la politique de santé

► **UNE DES CAUSES ESSENTIELLES DES ÉCHECS DES MESURES POUR LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ** est l'absence d'un réseau véritablement disponible pour des actions de santé publique.

Le primat du curatif, la faiblesse de la prévention conduisent à une attitude consummatrice, passive de soins. Par ailleurs, le rapport Joly stipule une faiblesse de la prévention dans le cadre de la santé scolaire, de la médecine du travail et des médecins libéraux.

Actuellement, la politique de santé est trop éclatée, les moyens et les centres de décision sont trop dispersés.

► **UNE RÉELLE DÉFINITION D'OBJECTIFS DE SANTÉ**, nécessaire complément de l'approche économique est seule à même d'assurer à long terme la maîtrise des dépenses. Une approche globale, intégrée et intersectorielle des actions de prévention, permettrait de convaincre et non de contraindre en privilégiant des mesures incitatives et non coercitives.

La demande de soins est souvent une demande indirecte dérivée du désir de bonne santé.

« Les déterminants de la santé sont complexes, intriqués et interactifs, puisqu'à côté des facteurs généraux qui sont les niveaux économique, culturel, l'environnement, la cohésion sociale interviennent les facteurs plus spécifiques que sont les styles de vie et d'assurance maladie. » (Livre blanc

sur le système de santé et d'assurance maladie, Documentation française, janvier 1995.)

Le « rapport 2010 » souligne une véritable complémentarité des actions de prévention, curatives et de réinsertion.

Les démarches éducatives sont répétitives et prolongées dans le temps. La prévention est efficace avec une population préactive : pré- et périnatale, scolaire d'où l'intérêt des démarches éducatives sur les lieux de vie.

► **LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT DES CITOYENS** ne peut être lié qu'à un engagement volontariste.

L'objectif est de responsabiliser la population par la prise en compte :

- des conditions de vie;
- du renforcement de la participation des citoyens;
- du développement du système d'information;
- de l'encouragement de certains comportements;
- de comportements préventifs à l'égard de la maladie;
- de la sensibilisation aux risques encourus;
- de l'intégration de la dimension sociale et éducative;
- de la sensibilisation sur le bon usage des soins.

Selon Henri Bergson, il s'agit « d'agir en homme de pensée et penser en homme d'action ».

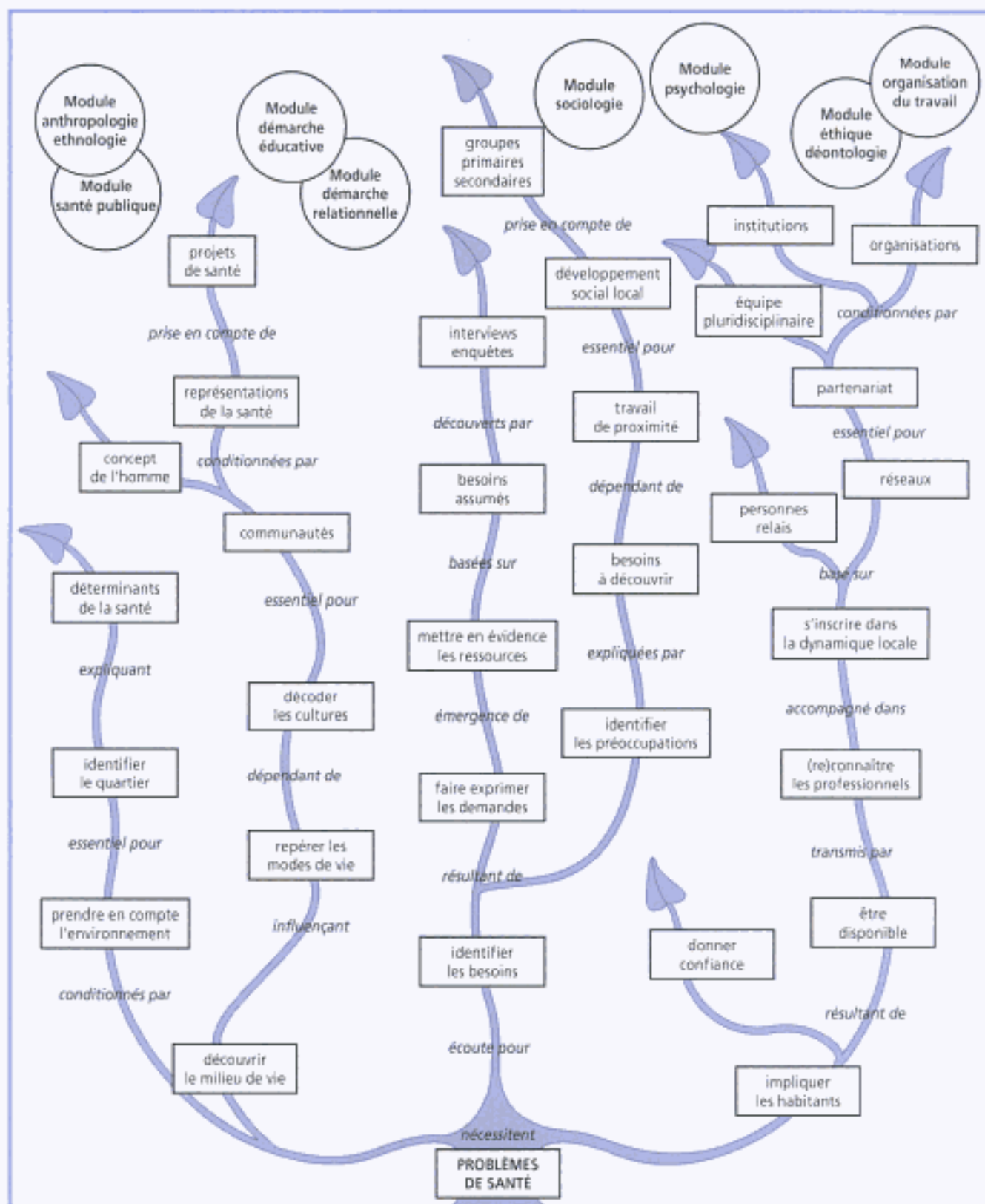


Fig. 9.1. Arbre synoptique des concepts
(DU développement social et santé communautaire, faculté Saint-Antoine, Paris, 1993).

Relation pédagogique et modèles d'apprentissage

10

Définition de l'apprentissage

Les théories de l'apprentissage se divisent en deux grands courants :

Théorie behavioriste (Skinner, 1904-1990)

L'apprentissage est une modification du comportement liée aux stimuli issus de l'environnement : interactions sociales, méthodes éducatives, situations d'apprentissage, valeurs sous-tendues. La réussite de celui-ci s'appuie sur des renforcements positifs tels que les encouragements. C'est une méthode de conditionnement de l'apprenant à partir d'objectifs à atteindre.

Théorie cognitive (Piaget, 1896-1980)

Elle s'appuie davantage sur l'apprenant, la manière dont il conduit son apprentissage. « Il vaut mieux apprendre que savoir. » (J. Berbaum, professeur à l'université Pierre Mendès-France à Grenoble.)

Cet apprentissage valorise les processus plutôt que les connaissances en développant les capacités d'apprendre à apprendre et même d'apprendre à penser.

► CHACUN UTILISE DES PROCESSUS MENTAUX D'ACQUISITION DES CONNAISSANCES au regard de :

- ses représentations ;
- sa personnalité ;
- ses aptitudes ;
- ses modes de pensées.

► UN CERTAIN TYPE DE PROFIL D'APPRENANT peut être défini comme étant :

- **Être visuel** : l'apprenant identifie la signification, le sens de ce qu'il voit.
- **Être auditif** : l'apprenant privilégie ce qu'il entend.
- **Être verbal** : l'apprenant évoque en mots.
- **Être kinesthésique** : l'apprenant s'approprie les connaissances en touchant, en manipulant ou en accomplissant les gestes (A. de la Garanderie).

► UN APPRENTISSAGE EFFICACE passe par une démarche consciente de l'apprenant :

- intérêt, motivations ;
- initiatives, maîtrise de soi ;
- volonté d'apprendre par les mises en situation.

► UN ENVIRONNEMENT DYNAMIQUE est propice à l'apprentissage plus qu'à l'enseignement. L'accès à la connaissance est lié à la mise en relation de l'apprenant avec l'objet de connaissances, à l'initiative d'un tiers. La disponibilité de l'apprenant n'est mobilisée que pour des activités proposées qui présentent un sens pour lui. Et la réussite de l'apprentissage dépend des interactions vécues entre apprenant et formateur et de l'adaptation à des situations nouvelles.

► APPRENDRE À APPRENDRE s'acquiert par diverses stratégies :

- **Motivations à faire exprimer** : besoin, désir, intérêt.
- **Acquis à repérer** : représentations de la santé, connaissance de la maladie.
- **Expériences à faire partager** : mobilisation des savoirs antérieurs.
- **Choix d'un environnement propice à l'apprentissage** : expression des capacités et aptitudes.
- **Situations d'apprentissage diversifiées** : appel aux divers modes d'apprentissage.
- **Sens aux informations nouvelles** : questionnements, lien avec les connaissances acquises.
- **Aide à acquérir un savoir et un savoir-être** : tutorat.
- **Guidance par des régulations pendant la période d'assimilation et d'intégration** : réajustements, valorisation.

L'éducation pour la santé est selon Lawrence W. Green : « Toute combinaison d'expériences d'apprentissage planifiées, destinées à faciliter l'adaptation volontaire de comportement conduisant à la santé. »

« Instaurer un équilibre ni stable, ni instable, mais "métastable" entre les trois composantes du triangle pédagogique : l'apprenant, l'enseignant, l'objet à apprendre et à enseigner... L'échec de bien des pratiques pédagogiques antérieures tient à ce qu'elles ont accordé la priorité à deux de ces composantes [...] au détriment de la troisième qui, assumant le rôle du "fou", revient inévitablement perturber le jeu d'où on l'avait imprudemment refoulée. » (D. Hamelin, Encyclopédie Universalis, Corpus 13, Paris, 1985, page 114)

« L'éducation pour la santé a pour but de développer l'initiative personnelle qui va aider l'homme à s'adapter aux différentes étapes de la vie, à adopter un comportement lui permettant de subsister dans son environnement, d'agir sur ce dernier pour le rendre plus favorable, enfin de participer de façon responsable au développement de la communauté dans laquelle il vit. C'est une aide individuelle ou en groupe, en vue d'améliorer le niveau de santé physique, psychologique, social, par l'action propre et les efforts de chacun et de tous. » (C. Barrios et C. Benoit)

L'éducation à la santé ou pour la santé se traduit davantage en promotion de la santé, cette éducation faisant partie intégrante de la culture générale :

- dans son milieu familial;
- dans son milieu de vie : quartier, crèche, loisirs;
- dans son milieu de travail;
- dans un établissement de santé.

Mécanismes de l'apprentissage

Facteurs d'influence du comportement

- Le besoin, le désir, les pulsions.
- L'environnement.
- La santé physique, psychologique.
- La culture.
- L'éducation.
- Le groupe d'appartenance : famille, travail, loisirs.
- Les valeurs, croyances, religion.
- Les normes.
- Les facteurs socio-économiques.
- Les finances.
- Le domaine de l'irrationnel.
- Les attitudes.

Déterminants du comportement

- Les facteurs personnels liés au savoir et au vouloir : par exemple, l'âge, le besoin, le niveau de scolarité...
- Les facteurs environnementaux liés au pouvoir : par exemple la situation familiale, la culture, la disponibilité...

Étapes de l'apprentissage

Voir tableau 10.1.

Différents modèles de l'apprentissage

Tableau 10.1. Étapes de l'apprentissage.

Description	Exemple : jouer au tennis
– Identifier l'existence d'un comportement. – Éprouver le désir de nouvelles connaissances. – Ressentir le besoin de prendre une décision. – Arrêter cette décision. – Essayer le comportement. – L'adopter. – L'adapter. – Se l'approprier.	– Voir un tournoi de tennis. – S'interroger sur les règles du jeu. – Se renseigner pour apprendre. – S'inscrire. – Participer aux leçons. – S'initier aux divers lancers de balle. – S'entraîner. – Jouer un match.

Théorie de Rogers

► **CELLE-CI EST CENTRÉE SUR LA PERSONNE EN SITUATION D'APPRENTISSAGE.** Elle se déroule en cinq étapes :

- être au courant de;
- être intéressé;
- prendre sa décision;
- essayer;
- adopter.

Modèle psychosocial dans une démarche éducative

► **DIVERS FACTEURS** conditionnent l'apprentissage :

- **Les facteurs prédisposants** basés sur :
 - la motivation à agir ;
 - l'intention de changer un comportement ;
 - les valeurs, les croyances.
- **Les facteurs facilitants** centrés sur :
 - ses propres ressources ;
 - son environnement ;
 - son réseau de soutien.
- **Les facteurs de renforcement** liés à :
 - l'encouragement d'un nouveau comportement ;
 - le bénéfice attendu en terme de mieux-être ;
 - l'autonomie de la personne ;
 - la valorisation de celle-ci dans la vie quotidienne.

Modèle de Gagne

► **CE MODÈLE S'ADRESSE D'AVANTAGE À LA PERSONNE ANIMATRICE** de la démarche éducative puisqu'elle :

- informe la personne des objectifs éducationnels ;
- présente les stimuli : diverses situations d'apprentissage ;
- stimule l'attention de la personne : exploration de ses motivations, sens à donner aux nouvelles connaissances ;
- réveille les prérequis : mobilisation de ses ressources ;
- facilite les conditions de réussite : guidance, expression et gestion des émotions ;
- détermine la stratégie d'apprentissage : choix des moyens et méthodes ;
- guide l'apprentissage : disponibilité de l'animateur, tutorat.

► **CES DIVERS MODÈLES** sont très souvent imbriqués dans une démarche éducative en vue de stimuler l'éveil de la (des) personne(s) et son (leur) adhésion à celle-ci dans les domaines suivants :

- cognitif, en référence au savoir ;
- psychomoteur, en référence à la dextérité ;
- affectif, en référence aux attitudes, valeurs et sentiments.

L'apprentissage, tel que le définit Landsheere (1979) souligne l'intérêt du mixage de ces modèles : « processus d'effet plus ou moins durable par lequel des comportements nouveaux sont acquis ou des comportements déjà présents sont modifiés en interaction avec le milieu ou l'environnement. »

Relation pédagogique

► **LA DÉMARCHE ÉDUCATIVE IMPLIQUE PÉDAGOGIE ET COMMUNICATION.** Le mode relationnel instauré par l'infirmier(e) est avant tout celui d'un animateur. Il vise à :

- favoriser l'expression des besoins ou problèmes de santé des personnes elles-mêmes par l'écoute, l'observation ;
- faire émerger des solutions et permettre leur mise en œuvre par l'expression, l'initiative et l'encouragement.

L'apprentissage étant un processus individuel de développement, une relation de confiance s'établit, l'approche pédagogique est centrée sur l'apprenant et le processus d'apprentissage.

« Le réel apprentissage qui influence le comportement de l'étudiant est celui qu'il découvre lui-même, qu'il s'approprie et qu'il a assimilé au cours de l'expérience vécue. » (Carl Rogers)

L'infirmier(e) gère les émotions véhiculées au cours de la démarche éducative : hésitations, craintes, refus, plaisir, joie. La reformulation invite à clarifier la pensée et facilite l'assimilation. Les phases de tâtonnement, d'essais, d'erreurs conduisent à atteindre le niveau de performance. L'encouragement, la valorisation de la (des) personne(s) favorisent l'autonomie et l'appropriation de l'apprentissage.

« On ne développe pas l'homme ; il ne se développe que par lui-même [...] par ses propres décisions, en comprenant mieux ce qu'il fait et les raisons pour lesquelles il le fait [...] en augmentant ses connaissances et ses capacités, et en participant entièrement lui-même sur un pied d'égalité avec les autres, à la vie de la communauté au sein de laquelle il vit. » (J. Nyerere, *Freedom and development*, Oxford University Press, Dar es Salaam, 1973, page 60)

Un outil, l'approche systémique

L'approche systémique est une méthodologie permettant de rassembler et d'organiser les connaissances en vue d'une plus grande efficacité de l'action.

Définitions

► CONCEPT DE SYSTÈME

Tous les objets, les représentations de la réalité constituent à un point de vue ou à un autre, un système ou les éléments d'un système.

« Un système dans une perspective est un sous-système dans une autre. » (E. Lazlo, 1981)

Exemple

Les unités fonctionnelles sont des sous-systèmes dans un centre hospitalier, celui-ci étant système mais aussi considéré comme sous-système du schéma régional d'organisation sanitaire.

► APPROCHE SYSTÉMIQUE

Elle englobe la totalité des éléments du système étudié, d'un point de vue dynamique, prenant en compte les interactions et les interdépendances de l'ensemble de ces éléments.

« Un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisés en fonction d'un but. » (J. de Rosnay)

« Une totalité organisée, faite d'éléments solidaires, ne pouvant être définis que les uns par rapport aux autres en fonction de leur place dans cette totalité. » (F. de Saussure)

L'approche systémique est une approche unifiante et transdisciplinaire : elle insiste sur l'étude des liaisons entre les éléments d'un tout, sur l'interdépendance des fonctions.

Le système et son fonctionnement

Composantes d'un système : que signifient-elles ?

- **L'objectif** : c'est un but à atteindre, un résultat recherché.
- **Le processus de transformation** : c'est le « système », un ensemble d'éléments en interaction.
- **Les intrants** : c'est l'entrée du système, les données.
- **Les extrants** : ce sont les effets du système, les résultats.
- **L'environnement** : ce sont les règles implicites et explicites qui font pression sur le système.
- **L'enveloppe de maintien** : ce sont les limites à prendre en compte.
- **Le feed-back** : c'est la boucle de rétroaction, l'information sur les résultats d'une transformation, ces résultats étant renvoyés à l'entrée du système sous forme de données.

► **L'APPROCHE SYSTÉMIQUE** s'appuie sur une approche globale d'une situation centrée sur la prise en compte et l'interaction entre divers éléments. Elle guide :

- notre action en vue de mieux comprendre la complexité d'une situation et d'en améliorer l'efficacité ;
- notre comportement à partir des relations avec les autres et la communication engagée.
- **Deux exemples illustrent ces champs d'application de l'approche systémique** :
 - face à une logique d'action : « la confection d'une pâtisserie » (figure 11.1) ;
 - face aux relations humaines : « l'exposé » (figure 11.2).

Cet outil démontre bien son efficacité dans une logique d'action, tel un protocole éducatif. L'autre domaine d'application est le champ des relations humaines. La relation à l'autre, la communication sont le fondement de la démarche éducative.

Il est à noter que le système n'est pas séparable de son environnement.

L'exemple de l'exposé démontre que la connaissance du milieu, de la culture, des modes de vie est à intégrer.

Chaque élément a autant d'importance que les autres. Pour cet exemple, les conditions matérielles, le choix des horaires, la disponibilité des participants sont autant d'éléments à prendre en compte, au même titre que les moyens audiovisuels utilisés et la gestion de l'animation. Les effets identifiés au niveau des extrants sont toujours à gérer par une régulation au niveau des intrants.

Propriétés du système

► **PRINCIPE DE TOTALITÉ.** Les propriétés d'un système ne se résument pas à la somme des propriétés de ses parties. C'est un tout cohérent et indivisible.

Tout changement d'un élément d'un système s'accompagne d'un effet sur le système entier.

► **PHÉNOMÈNE D'HOMÉOSTASIE.** Le système est ouvert à son environnement et interagit avec lui. L'interaction dynamique, propice au changement, est liée à :

- la diversité des éléments du système ;
- la confrontation des logiques ;
- l'acceptation des paradoxes ;
- la reconnaissance de complémentarité.

Le système s'autorégule par des réajustements pour assurer une crédibilité, une efficacité ou une pérennité.

► **ÉQUIFINALITÉ.** « Si des systèmes ouverts atteignent un état stable, celui-ci a une valeur équifinale ou encore indépendante des conditions initiales. » (L. Von Bertalanffy)

Cette propriété introduit la notion d'imprévisibilité dans l'évolution d'un système. La réflexion est basée sur le « ici et maintenant ».



Figure 11.1. La confection d'un gâteau.

Modification éventuelle des intrants : position du thermostat plus basse.



Figure 11.2. Un exposé.

Intérêt de la méthode systémique dans la démarche éducative

- Situation du système dans son environnement.
 - Mise en évidence et prise en compte des sous-systèmes et de leurs articulations.
 - Repérage des contraintes.
 - Utilisation optimale de l'information.
 - Élaboration d'objectifs à atteindre.
 - Acceptation d'une autonomie (tolérance).
 - Respect du rythme de chacun.
 - Prise en compte de marge d'adaptation (imagination, créativité).
 - Bienveillance tant à l'observation de l'environnement qu'au fonctionnement du système.
- L'approche systémique s'ouvre sur la finalité en intégrant souplesse, adaptabilité, notion de temps

Analyser une situation dans son contexte... de l'homme, de la société, de la politique de santé.

et de rythme en faisant apparaître relation et devenir.

Approche systémique et approche analytique

Ces deux approches sont plus complémentaires qu'opposées.

La notion de causalité est pour l'une circulaire, et l'autre linéaire, d'où une vision dynamique ou statique.

Le tableau comparatif 11.1 présente leurs caractéristiques propres.

► **L'APPROCHE SYSTÉMIQUE** considère un système dans sa totalité, sa complexité et sa dynamique propre.

► **L'APPROCHE ANALYTIQUE** ramène le système à ses éléments constitutifs les plus simples en vue de les étudier en détail, et comprendre les types d'interaction qui existent entre eux.

Tableau 11.1. Caractéristiques comparées des approches systémique et analytique
(d'après J. de Rosnay, *Le macroscopie, vers une vision globale*, page 119. Le Seuil, Paris, 1975).

Approche systémique	Approche analytique
Relie : se concentre sur les interactions entre les éléments	Isole : se concentre sur les éléments
Considère les effets des interactions	Considère la nature des interactions
S'appuie sur la perception globale	S'appuie sur la précision des détails
Modifie des groupes de variables simultanément	Modifie une variable à la fois
Intègre la durée et l'irréversibilité	Indépendante de la durée : les phénomènes considérés sont réversibles
La validation des faits se réalise par comparaison du fonctionnement du modèle avec la réalité	La validation des faits se réalise par la preuve expérimentale, dans le cadre d'une théorie
Modèles insuffisamment rigoureux pour servir de base aux connaissances, mais utilisables dans la décision et l'action	Modèles précis et détaillés, mais difficilement utilisables dans l'action
Approche efficace lorsque les interactions sont non linéaires et fortes	Approche efficace lorsque les interactions sont linéaires et faibles
Conduit à un enseignement pluridisciplinaire	Conduit à un enseignement par disciplines
Conduit à une action par objectifs	Conduit à une action programmée dans son détail
Connaissance des buts, détails flous	Connaissance des détails, buts mal définis

Méthodologie de la démarche éducative

Elle s'appuie sur la méthode de résolution de problème. Cette méthodologie est déjà connue des étudiants en soins infirmiers dans le cadre de la démarche de soins et de la démarche de santé publique. Elle est facilement accessible tout en étant efficace et complète.

Guide méthodologique

- Identification et analyse des besoins d'apprentissage.
- Détermination des priorités et repérage des facteurs influençant l'apprentissage.
- Élaboration des objectifs éducationnels.
- Détermination du contenu et choix des moyens pédagogiques.
- Mise en œuvre de l'action éducative.
- Évaluation et réajustement.

Identification et analyse des besoins d'apprentissage

Étape primordiale faisant appel à une collecte de données : il s'agit de réunir suffisamment de renseignements concernant la situation de la (des) personne(s) dans son (leur) environnement.

Le questionnement porte sur :

► QUI EST (SONT) LA (LES) PERSONNE(S) ?

- identité, âge, nationalité;
- situation familiale, socioprofessionnelle : contexte de vie, notion de rôles;
- niveaux culturel, éducatif;
- langues parlée, comprise;
- vécus présent, antérieur.

► QUEL BESOIN DE SANTÉ DÉSIRE(N)T-ELLE(S) ?

- mise en évidence du besoin ou de la demande exprimée;
- information sur la pathologie subie ou vécue;
- connaissance de l'impact sur la santé;
- connaissance des complications et conséquences possibles.

ILLUSTRATION : IDENTIFICATION ET ANALYSE DES BESOINS D'APPRENTISSAGE

M. Téflon est âgé de 56 ans. Victime d'un infarctus massif, il vient de subir un pontage aorto-coronarien.

Sa sortie du service de réadaptation cardiaque est envisagée dans une semaine. Il est sous *Préviscan*, un comprimé jours pairs, un comprimé un quart jours impairs.

Marié, il habite une grande maison à étage au sein d'un jardin arboré.

Routier international, il est souvent absent de chez lui. Chaque midi, il mange des sandwiches mais apprécie le restaurant le soir, où il s'accorde un whisky.

Pendant son travail, il fume une vingtaine de cigarettes par jour. Ses périodes de repos sont bien remplies : il agrmente son jardin et bricole dans sa maison. Par ailleurs, il est impatient de rentrer chez lui pour terminer les travaux en cours.

D'un tempérament très dynamique, il est inquiet pour son métier de chauffeur et en particulier pour l'organisation de ses repas.

M. Téflon a accepté son pontage aorto-coronarien. Il exprime un mieux-être : « je suis moins fatigué, moins essoufflé ».

Il accepte les contraintes de son traitement, mais se pose encore beaucoup de questions sur sa conduite et sa surveillance.

En revanche, son rythme de vie à modérer l'inquiète : « mais je passe des heures à agrémenter mon jardin, à tailler mes arbres... »

À retenir !

– Écoutez la personne retracer l'histoire de sa maladie.

– Laissez-la vivre ses émotions, repérez-les.

Une relation de confiance doit s'instaurer entre lui et l'infirmier(e) : un climat de sécurité est à créer.

► QUE LA (LES) PERSONNE(S) SAIT (SAVENT)-ELLE(S) ? QUE DIT (DISENT)-ELLE(S) ?

- connaissance, compréhension de la situation, de l'événement vécu ou de la maladie;
 - représentation de la santé, et réactions face à la situation présente ou à la maladie;
 - perspective de l'avenir, familial et professionnel.
- La représentation de la santé renvoie à celle de sa vie et à celle de soi. La santé reflète les rôles sociaux secondaires et contribue à l'intégration de soi dans la société, mais aussi à la réalisation de soi pour soi.

Détermination des priorités et repérage des facteurs influençant l'apprentissage

- Quels niveaux de savoirs, de savoir-faire et savoir-être doi(ven)t acquérir la (les) personne(s) ?
- Quelles sont les attentes de la (des) personne(s) ?

• Quelles sont ses (leurs) motivations, ses (leurs) priorités ?

• Quels sont les facteurs susceptibles d'influencer l'apprentissage ?

► **LA DÉMARCHE ÉDUCATIVE IMPLIQUE LA PARTICIPATION DE LA (DES) PERSONNE(S).** Il convient :

- de répondre au mieux aux besoins et demandes de la (des) personne(s) ;
- d'assurer sa (leur) contribution à la planification et à la mise en œuvre des actions ;
- d'utiliser ses (leurs) ressources.

« Allez au-devant des gens,
Commencez par ce qu'ils savent,
Construisez sur ce qu'ils possèdent. »
Proverbe chinois

► **IL EST IMPORTANT POUR L'INFIRMIER(E)** de :

- Décoder les paroles, les attitudes, les comportements.
- Comprendre les traditions, les usages sociaux, les motivations.

► **LES MOTIVATIONS** s'exerçant dans le champ de la santé sont indicateurs de comportement. La recherche des opinions et des attitudes est révélatrice des attentes des personnes concernées. Cette étape est finalisée par un « contrat » éducationnel en terme de santé entre les divers acteurs. La démarche éducative veut donner les moyens en connaissances et en motivations pour permettre l'acquisition d'une autonomie

face à une situation donnée. De même, elle fait participer chacun à la promotion, la protection et la restauration de la santé.

Élaboration des objectifs éducationnels

► **LES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE** prennent en compte :

- La nature de la demande, du besoin ou du problème de santé.
- La situation précise de la (des) personne(s) : milieu de vie, mode de vie.
- Les ressources de la (des) personne(s).
- Le réseau social environnemental.

► **IL CONVIENT DE DÉFINIR** avec clarté :

- La description du comportement attendu.
- La modification souhaitée.
- Le résultat escompté.

« La définition des buts à atteindre doit se faire de manière précise et en toute connaissance de cause ; bien établis, ils offrent un guide précis pour l'enseignement ; mal établis ou mal exprimés, ils sont source de confusion pour tout processus d'apprentissage. » (B. Redman, 1976).

► **LES QUALITÉS D'UN OBJECTIF** sont :

- La pertinence : au regard des besoins d'apprentissage.
- Le réalisme : moyens disponibles, niveau requis, temps fixé.
- La précision : observable et mesurable.
- La logique : sans contradiction.

► **L'ÉLABORATION D'UN OBJECTIF ÉDUCATIONNEL** comporte :

- Un objectif global indiquant le niveau de santé à atteindre.
- Des objectifs intermédiaires ou étapes : activités à mettre en œuvre pour atteindre l'objectif global.
- Des objectifs opérationnels en lien avec le changement de comportement souhaité, observable et mesurable selon des critères définis.

► **LES ÉLÉMENTS D'UN OBJECTIF ÉDUCATIONNEL** sont :

- L'acte : un verbe actif¹.

ILLUSTRATION : REPÉRAGE DES FACTEURS INFLUENÇANT L'APPRENTISSAGE

M. Téflon connaît les raisons de son intervention. Une cassette vidéo a relaté le déroulement de celle-ci. Il a bien saisi le bénéfice sur le plan cardio-vasculaire : « je n'ai plus ces douleurs si atroces, mon poulx ne s'emballent plus comme avant. » Il sait que le Préviscan est un anticoagulant, mais n'a pas encore bien intégré la conduite de ce traitement et sa surveillance.

Son inquiétude face à son hygiène de vie — repas, efforts à modérer, stress à dépasser — sera gérée par la compréhension de sa maladie et des conseils sur son retour à domicile.

M. Téflon est réceptif aux informations données par le médecin et les infirmier(e)s. Il pose des questions lors des groupes de paroles organisés dans le service avec d'autres personnes hospitalisées.

N'oubliez pas !

- Qu'est-ce que la personne veut savoir ?
- Que connaît-elle de sa maladie ?
- Quel sens lui donne-t-elle ?

Reformulez ses messages en vue d'un contrat de soins indispensable dans la démarche éducative et en vue d'un changement de comportement.

1. Liste des verbes actifs selon J.-J. GUILBERT, *Guide pédagogique*, page 158. Éditions OMS, 1990.

ILLUSTRATION : ÉLABORATION DES OBJECTIFS ÉDUCATIONNELS

Objectifs globaux

- Informer M. Téflon sur la conduite et la surveillance de son traitement anticoagulant.
- Échanger sur les règles d'hygiène de vie à contrôler.

Objectifs intermédiaires

- Identifier les connaissances de M. Téflon concernant son traitement.
- Lui faire exprimer ses craintes.
- Évaluer l'intérêt qu'il porte à la prise en charge d'un nouveau mode de vie à intégrer.

Objectifs opérationnels

- **Expliquer à M. Téflon :**
 - le but de son traitement;
 - les modalités à respecter;
 - la surveillance clinique et biologique.
- **Établir une relation d'aide lors de ses questionnements.**

Démontrer le bénéfice d'un mode de vie sain, adapté à son état de santé.

Faciliter le suivi de son carnet de surveillance d'antivitamine K.

Réfléchissez !

Êtes-vous bien centré sur la personne : ses questionnements, ses motivations, ses besoins d'apprentissage ?

- **Le contenu :** précision du thème.
- **Les conditions :** la réalisation.
- **Les critères d'appréciation de la tâche.**

Détermination du contenu et choix des moyens pédagogiques

Contenu

Partir du savoir de la (des) personne(s) permet de l'(les) impliquer, la (les) faire participer dans la démarche éducative.

En vue de répondre aux attentes de la (des) personne(s), et d'être pertinent quant à l'objectif global fixé, l'infirmier(e) détermine le contenu :

- **Quels savoirs, savoir-faire, savoir-être** doivent être acquis ?
- **Quelle utilité** pour la (les) personnes ?

ILLUSTRATION : DÉMARCHÉ ÉDUCATIONNELLE

À partir d'un questionnaire pour tester les connaissances de M. Téflon, la démarche éducative se déroule en groupes de paroles gérés par un(e) infirmier(e). Le contenu s'appuie sur les savoirs et les motivations des participants. Leurs questionnements face aux modes de vie invitent à débattre sur l'hygiène de vie.

Les résultats biologiques de chacune des personnes permettent de mobiliser les connaissances dans le suivi du traitement et de se familiariser avec le carnet de surveillance. Un apprentissage individualisé est dispensé lors de chaque distribution de l'anticoagulant oral.

Interrogez-vous !

Êtes-vous cohérent aux dimensions physiques, affectives, cognitives, socioculturelles de la personne dans sa compréhension et son fonctionnement ?

- **Que va-t-elle (que vont-elles) gagner en bien-être ?**

Moyens pédagogiques

Quels que soient les outils envisagés et en vue de s'adapter au niveau de connaissances de la (des) personne(s), il est souhaitable de pratiquer un « échange de savoirs ». Des préalables sont à considérer :

► **CHOIX DU LIEU** de la démarche éducative, si possible connu des participants ou proche de leur environnement habituel :

- calme;
- spacieux;
- agréable;
- confortable;
- en fait, où l'on se sent bien !

► **CHOIX DU MOMENT** de la démarche éducative :

- jour disponible;
- créneau horaire compatible avec le contenu de la démarche éducative mais aussi avec le rythme de vie des participants, avec une disponibilité physique et psychique.

► **CHOIX DES OUTILS :**

- échanges : table ronde, débat;
- moyens audiovisuels : diapositives, court-métrage, paper-board;
- démonstration;
- application;
- répétition des gestes.

Tous ces préalables conditionnent le bon vécu de la démarche éducative et l'implication des participants.

ILLUSTRATION : CONTENU ET CHOIX DES MOYENS PÉDAGOGIQUES

Contenu :

- **Physiologie de l'hémostase.**
- **Définition de l'anticoagulant.**
- **Mode d'action spécifique de l'antivitamine K.**
- **Conduite du traitement**
 - se conformer à la prescription médicale;
 - ne pas interrompre le traitement;
 - le prendre à heure fixe, tous les jours;
 - remplir le carnet de surveillance;
 - assurer un suivi médical avec son médecin traitant.
- **Surveillance clinique :** risque de saignement : épistaxis, gingivorragies, selles noires, hématurie, hématomes spontanés.
- **Recommandations**
 - éviter les chocs ou les chutes;
 - prévenir l'infirmier(e) si intramusculaire;
 - prévenir le dentiste : suivi bucco-dentaire;
 - prévenir le médecin si infiltration ou intervention chirurgicale;
 - identifier les médicaments interdits ou non recommandés : aspirine, anti-inflammatoires...
- **Surveillance biologique**
 - prélèvement sanguin « taux de prothrombine » à effectuer par le même laboratoire;

- inscription du résultat dans le carnet de suivi;
- y joindre la carte de groupe sanguin;
- connaissance du taux de prothrombine à atteindre;
- suivi avec le médecin traitant pour adapter la posologie.
- **Hygiène de vie.**
- **Éliminer les facteurs de risque**
 - arrêt du tabac;
 - contrôle du poids pour éviter une surcharge pondérale;
 - équilibre alimentaire : éviter l'excès d'alcool, limiter les épinards, le chou et les abats, les corps gras.
- **Gérer les risques**
 - maintien d'une activité physique modérée : marche, jogging, vélo;
 - gestion du stress;
 - respect d'une activité professionnelle adaptée à l'état de santé.

Choix des moyens pédagogiques

- groupes de paroles;
- rétroprojecteur, affiches;
- livret de surveillance des antivitamines K;
- interview personnalisée;
- guide d'évaluation.

AUTRES EXEMPLES D'OBJECTIFS ÉDUCATIONNELS

Exemple n° 1

Informar les ouvriers du secteur de la râperie-fonte des nuisances du bruit en les incitant à porter des bouchons à oreilles personnalisés.

- **Critères**
 - mesure du bruit dans l'atelier;
 - étude de l'échelle des décibels;
 - audiogramme avant la pose des bouchons;
 - retentissement du bruit sur l'état général : fatigue, céphalées, augmentation du rythme cardiaque, nervosité;
 - audiogramme de contrôle;
 - temps de pose en continu des bouchons;
 - bien-être ressenti.

Exemple n° 2

Pratiquer des gestes et postures auprès des personnes hospitalisées en respectant les principes de sécurité.

- **Critères**
 - être à la hauteur de la personne soignée;
 - être proche d'elle;
 - avoir des appuis fermes et stables;
 - tenir son dos droit;
 - anticiper la trajectoire;
 - faire participer la personne soignée;
 - avoir des prises solides et non traumatiques;
 - utiliser des aides techniques.

Réalisation de la démarche éducative

La réussite de la mise en œuvre d'un projet éducatif tient tant à sa préparation logistique qu'à la disponibilité de l'animateur dans ses relations avec la (les) personne(s). La prise en compte des ressources tant matérielles qu'humaines est nécessaire ainsi que l'identification des obstacles et limites éventuels.

Évaluation, réajustement

L'évaluation s'envisage dès l'élaboration des objectifs : elle porte tant sur le processus que sur les résultats.

Évaluation du processus

Le processus se définit par l'observation des comportements et des attitudes au cours de la démarche éducative, des vécus quelquefois inattendus des participants :

- respect des horaires;
- temps d'échanges informels conviviaux;

- climat détendu;
- implication dans l'organisation de la salle;
- mobilisation dans le groupe en participant;
- ouverture sur d'autres projets.

Évaluation des résultats

Cette étape capitale valide la démarche éducative au regard de l'objectif global fixé préalablement. Le changement de comportement par des acquis en terme de connaissances ou en terme de savoir-faire par une dextérité se traduit dans les autosoins ou l'appropriation d'une nouvelle hygiène de vie. L'évaluation des résultats se fait « à chaud » à l'issue du projet éducatif ou après une période de recul. Des outils concrets peuvent être réalisés en vue d'assurer une fiabilité et un suivi dans l'acquisition des nouveaux savoirs. Cette évaluation met en valeur les progrès de la personne, l'encourage. Selon les projets de santé, une autoévaluation est réalisée.

ILLUSTRATION : ÉVALUATION DE LA DÉMARCHE ÉDUCATIVE

Avant sa sortie, M. Téflon est invité à tester ses connaissances à partir d'un questionnaire. L'infirmier(e), chargée de la démarche éducative analyse les résultats avec lui et réajuste si besoin :

- Pouvez-vous me citer votre anticoagulant ?
- Combien de comprimé(s) en prenez-vous par jour ?
- À quel moment le prenez-vous ?
- Pouvez-vous modifier la dose ?
- Quel examen contrôle l'efficacité de votre traitement ?
- Connaissez-vous le résultat attendu ?
- Que faites-vous s'il est différent ?
- Quelle est la complication majeure de votre traitement ?
- Comment pouvez-vous la dépister ?
- Connaissez-vous les médicaments déconseillés ?
- Qui devez-vous informer de votre traitement anticoagulant ?
- Quel(s) document(s) devez-vous avoir sur vous ?
- Connaissez-vous votre (vos) facteur(s) de risque ?
- Quelles activités physiques pouvez-vous poursuivre ?
- Que devez-vous limiter dans votre alimentation ?

Gardez en mémoire !

- La personne a-t-elle compris pourquoi elle est malade ?
- Êtes-vous à son rythme ?
- Prenez-vous en compte sa famille ?

VERBES ACTIFS POUR LA FORMULATION D'OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Adhérer	Corriger	Effectuer	Formuler	Nommer	Remplir
Administrar	Créer	Empêcher	Fournir	Noter	Rencontrer
Agir	Critiquer	Employer	Garder	Obtenir	Répartir
Aider	Décider	Encourager	Guider	Opposer	Résoudre
Analyser	Décrire	Enlever	Identifier	Organiser	Résumer
Appliquer	Défendre	Énoncer	Implanter	Partager	S'abstenir
Assister	Définir	Enregistrer	Inférer	Participer	Sauvegarder
Assumer la responsabilité	Délimiter	Enseigner	Inform	Persuader	Sécuriser
Calculer	Demander	Énumérer	Inscrire	Placer	Sélectionner
Changer	Démontrer	Envoyer	Interpréter	Planifier	Soigner
Choisir	Déplacer	Établir	Introduire	Poursuivre	Spécifier
Collaborer	Dessiner	Évaluer	Jouer	Pourvoir	Suppléer
Collecter	Déterminer	Éviter	Justifier	Pratiquer	Synthétiser
Comparer	Développer	Examiner	Lire	Prédire	Tenir
Compléter	Diagnostiquer	Exécuter	Maintenir	Préparer	Tenir compte
Conserver	Dire	Expliquer	Manipuler	Prévenir	Tracer
Contraster	Diriger	Exposer	Mener	Promouvoir	Traiter
Contribuer	Discuter	Faciliter	Mesurer	Protéger	Travailler
Contrôler	Distinguer	Faire construire	Mobiliser	Raconter	etc.
Coopérer	Donner	Faire la liste	Montrer	Rassembler	
	Échanger	Faire part	Narrer	Rassurer	

Selon le Guide pédagogique pour les personnels de santé. J.-J. Guilbert, Éditions OMS, 1990.

Démarche éducative : méthodes et outils

La démarche éducative vise à promouvoir, maintenir et rétablir la santé et à favoriser l'adaptation de la personne à une incapacité fonctionnelle temporaire ou non.

► **LES MÉTHODES ET OUTILS** sont choisis à partir de l'analyse du contexte de vie des personnes adhérant au projet éducatif. Les apprenants mobilisent leurs divers sens pour s'approprier le message éducatif :

● **La vue** en référence aux images visuelles : voir, regarder.

● **L'ouïe** en référence aux messages auditifs : entendre, écouter.

● **Le toucher** s'appuyant sur le besoin de faire.

Selon leur fonctionnement, l'appui verbal ou écrit est utilisé : les apprenants parlent avant de passer à l'écriture ou écrivent avant d'expliquer le contenu du message.

Les méthodes pédagogiques renvoient à des pratiques spécifiques. Elles se différencient en :

- méthode traditionnelle, centrée sur le contenu ou active centrée sur l'apprenant;
- méthode directe qui conditionne l'apprenant ou indirecte acceptant l'initiative de celui-ci;
- méthode formelle, rigide ou informelle, souple ou les deux approches.

De ces pratiques pédagogiques découle l'interaction entre l'apprenant et le formateur : climat de confiance, entrée en relation avec les personnes, perception de ses réactions.

Les pratiques pédagogiques s'accompagnent de divers outils qui présentent leurs avantages et leurs limites.

► **EN PÉDAGOGIE ACTIVE, créatrice :**

- brainstorming;
- photolangage;
- jeux;
- jeux de rôles;
- caméscope;
- expérimentation;
- court-métrage.

► **EN PÉDAGOGIE CLASSIQUE**

- exposé (rétroprojecteur, paper-board, affiches);
- démonstration;
- travaux pratiques, application;
- travaux de groupe;
- diapositives;
- cassette vidéo;
- commentaires d'un document, photocopiés;
- enseignement assisté par ordinateur;
- flannellographe.

Chacun de ces outils est illustré par une démarche éducative réalisée par les étudiant(e)s infirmier(e)s.

Pédagogie active, créatrice

Brainstorming

► **EXPRESSION LIBRE** d'un maximum d'idées sur un thème donné, collectées sur paper-board, d'une durée de dix à vingt minutes.

Avantages

- connaissance du groupe;
- spontanéité des personnes;
- richesse des idées;
- repère des attentes, des besoins en formation;
- réveil des acquis;
- aucune censure de la part d'un membre du groupe;
- représentations du concept santé ou maladie;
- perception d'un problème de santé.

Limites

- matériel de base : paper-board;
- non-connaissance des membres du groupe;
- freins liés à la timidité, à l'élocution.

Illustration : « le risque accident domestique ».

Photolangage

► **EXPRESSION LIBRE** sur un thème donné à partir de photographies ou d'images.

Trois temps sont à respecter, à présenter successivement :

- Un choix individuel d'une photographie en silence.
- Une expression personnelle, spontanée et libre dans l'originalité : la personne présente la photographie choisie et annonce ses motivations.
- Regroupement par thèmes : les dominantes sélectionnées ouvrent souvent sur une réflexion plus approfondie.

Avantages

- représentations riches, denses ;
- éveil des émotions, des sentiments ;
- respect des différences ;
- vision d'une situation sous diverses approches ;
- tolérance par le biais d'une complémentarité ;
- spontanéité.

Limites

- Matériel approprié au thème : banque de photographies ou d'images prêtes au moment du photolangage ou pouvant être constituée à partir du groupe.
- Durée à planifier : deux heures pour un groupe de vingt personnes. Il faut laisser un temps d'expression au rythme de chacun des participants.

Illustration : « représentations de la santé ».

Jeux

► **MISE EN SITUATION** en vue d'utiliser les connaissances acquises par une prise de décision.

Avantages

- caractère ludique ;
- pas de maîtrise de l'écriture ni de la lecture.

Limites

- matériel pour confectionner les jeux : puzzle, jeu de l'oie, Trivial Pursuit...
- budget pour le matériel ;
- espace disponible ;
- investissement en temps : une heure au maximum ;
- gestion des membres du groupe par sous-groupes.

Illustration : « composition d'un menu ».

Jeux de rôles

► **SCÉNARIO** soumis à plusieurs participants acteurs d'une situation à gérer.

Avantages

- expression des apprenants ;
- implication dans le rôle d'un personnage ;
- acquisition gestuelle ;
- compréhension d'un comportement nouveau ;
- émotions, sentiments véhiculés ;
- autoévaluation.

Limites

- investissement en temps : trois quarts d'heure à une heure ;
- dynamique au sein du groupe.

Illustration : « hygiène bucco-dentaire ».

Caméscope

► **ENREGISTREMENT** d'une séquence d'apprentissage chez les apprenants en cours d'acquisition.

Avantages

- visualisation de son comportement ;
- réflexion sur son comportement ;
- approfondissement, renforcement, réajustement ;
- valorisation d'un comportement acquis ;
- autoévaluation fiable, visuelle ;
- retour sur images.

Limites

- frein dans l'acceptation à être filmé ;
- matériel conséquent : caméscope, télévision, magnétoscope ;
- investissement en temps pour visualiser, décoder les situations.

Illustration : « gestes et postures ».

Expérimentation

► **SITUATION D'APPRENTISSAGE CONCRÈTE ET RÉELLE** basée sur un projet.

Avantages

- créativité ;
- implication des participants ;
- plaisir ;

« En pédagogie, on est à la préhistoire [...] Obstinément, au ras du sol, faisant feu de tout bois, nous taillons nos silex, créant nos outils matériels et conceptuels, des outils qui pourraient servir à d'autres. » (F. Oury, De la classe coopérative à la pédagogie institutionnelle, Maspéro, Paris, 1971, page 47)

- effets positifs inattendus;
- autoévaluation directe.

Limites

- investissement en temps dans l'élaboration, la conception et la réalisation du projet;
- implication des divers partenaires;
- financement;
- créneau horaire adapté;
- délai dans la réalisation du projet : besoin de prévision dans la planification.

Illustration : « préparation, gestion d'un repas ».

Court-métrage

► **PROJECTION** d'une situation concrète ou s'appuyant sur l'actualité ouvrant un débat entre les participants.

Avantages

- stimule, capte l'attention;
- mise en confiance des participants;
- décentre un sujet délicat à résoudre;
- calme des conduites agressives au sein d'un groupe;
- libre expression;
- échange d'idées.

Limites

- équipement : télévision, magnétoscope;
- silence à respecter.

Illustration : « le malaise du quartier vous interpelle ».

Pédagogie classique

Exposé

► **APPORT THÉORIQUE** fait par l'animateur à un groupe de personnes sur un thème donné. Des aides visuelles accompagnent souvent cette technique de communication :

- rétroprojecteur;
- paper-board;
- affiches.

Avantages

- Technique sécurisante pour l'animateur.
- Gestion du temps préalablement fixé.
- Structuration par un plan détaillé.

► RÉTROPROJECTEUR

- mobilise l'attention;
- visualise l'information;
- décompose l'information;
- possibilité d'évolution de l'information en cours d'exposé;
- contact visuel avec les participants;
- transparents préparés à l'avance;
- projection à la lumière du jour;
- disponibilité de l'animateur.

► PAPER-BOARD

- fixe les idées essentielles;
- possibilité de retour en arrière.

► AFFICHES

- mémorisation par visualisation.

Limites

- Méthode relativement linéaire.
- Risque de passivité des participants.
- Rythme individuel non respecté.
- Faible réceptivité.

► RÉTROPROJECTEUR

- matériel lourd en investissement;
- prévision d'une rallonge, d'une ampoule de rechange;
- nécessité d'un écran ou mur clair;
- coût des transparents.

► PAPER-BOARD

- contact visuel coupé des participants;
- limité à un petit groupe;

Illustration : « tabac et santé ».

Démonstration

► **EXPLICATION DÉTAILLÉE ET GESTUELLE** par l'animateur d'une tâche à réaliser.

Avantages

- attention retenue par les apprenants;
- développement de l'observation;
- présentation logique et séquentielle;
- mise en relation concrète d'une tâche à accomplir et d'un comportement à acquérir;
- acquisition de compétences techniques;
- mise en relation avec des connaissances théoriques;
- ouverture à des questions.

Limites

- nombre restreint de participants;
- matériel en nombre suffisant;
- matériel similaire à celui des apprenants;
- rythme du groupe à respecter.

Illustration : « éducation d'une personne asthmatique ».

Travaux pratiques, applications

► **RÉALISATION PAR L'APPRENANT** d'une tâche en vue d'une acquisition gestuelle ou pour évaluer la dextérité et les connaissances.

Avantages

- apprenant en situation active;
- prise directe sur la réalité;
- apprentissage individuel;
- guidance, accompagnement;
- évaluation de la dextérité;
- identification du besoin d'apprentissage;
- capacité d'observation, de décision;
- maîtrise de la confiance en soi;
- intégration d'un comportement.

Limites

- planification rigoureuse en temps;
- créneau horaire compatible;
- conditions de réalisation à respecter en situation réelle;
- inconfort dans une situation d'apprentissage d'un nouveau comportement;
- coût en matériel.

Illustration : « éducation d'une personne asthmatique ».

Travaux de groupe

► **RÉFLEXION ET ÉCHANGES** entre les membres d'un groupe sur un thème donné à partir d'objectifs préalablement définis.

Avantages

- temps de parole accordé à chacun;
- écoute de l'autre;
- émulation au sein du groupe;

- participation de l'ensemble des membres;
- confrontation des idées.

Limites

- dysfonctionnement possible au sein du groupe : intolérance (idées avancées ou récusées), non-respect de l'autre, tempérament directif;
- conditions spatiales, locaux non favorables aux échanges.

Illustration : « représentations de la santé ».

Diapositives

► **MOYEN AUDIOVISUEL** fixe projeté sur écran.

Avantages

- utilisation simple;
- attention retenue;
- découpage d'une tâche;
- retour en arrière possible;
- gros plans possibles d'une situation.

Limites

- lisibilité de la diapositive;
- obscurité ou pénombre;
- matériel : écran, projecteur à diapositives;
- nombre limité à vingt pour ne pas saturer les apprenants.

Illustration : « halte aux accidents de la route ».

Cassette vidéo

► **MOYEN AUDIOVISUEL ANIMÉ** projeté sur écran.

Avantages

- accroche et éveille l'attention;
- arrêt sur image possible;
- ouvre sur une discussion-débat;
- disponibilité de l'animateur pour observer les réactions du groupe;
- réutilisation possible.

Limites

- matériel audiovisuel correct : télévision, magnétoscope;
- coût élevé des cassettes;
- obscurité ou pénombre.

Illustration : « gestes et postures ».

Polycopiés, commentaire d'un document

► **SUPPORTS ÉCRITS** destinés à :

- mémoriser le message éducatif;
- détailler une tâche;
- s'autoévaluer.

Avantages

- interactions entre les apprenants et l'animateur;
- autoévaluation;
- grille méthodologique pour acquérir un comportement nouveau;
- base de réflexion.

Limites

- vocabulaire spécifique;
- coût des photocopies;
- accompagnement d'un commentaire;
- guidance.

Illustration : « la surveillance d'un plâtre ».

Enseignement assisté par ordinateur

► **APPRENTISSAGE INDIVIDUEL SUR ORDINATEUR** à partir d'un programme préétabli.

Avantages

- rythme individuel respecté;
- utilisation simple;
- autonomie dans l'apprentissage.

Limites

- coût élevé en matériel et logiciels;
- pas de relation pédagogique directe.

Illustration : « éducation d'une personne diabétique ».

Flannellographe

► **TABLEAU DE FEUTRINE** sur lequel sont appliqués des éléments à construire : pictogrammes.

Avantages

- travail évolutif;
- facilité d'utilisation;
- usage répétitif;
- intégration de logiques de soins ou d'analyse de situation;
- évaluation d'un comportement.

Limites

- accompagnement, guidance;
- matériel à construire.

Illustration : « halte aux accidents de la route ».

Intégration de la démarche éducative dans la pratique infirmière

13

■ Référence aux textes et au programme des études ■

► **LA FONCTION D'ENCADREMENT** fait partie des missions de l'infirmier(e).

L'article 14 du décret de compétences du 11 février 2002 en témoigne :

« Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

- formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;
- encadrement des stagiaires en formation ;
- formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires... »

► **AINSI, L'INFIRMIER(E) PARTICIPE À LA PROMOTION DE LA SANTÉ INDIVIDUELLE OU COLLECTIVE** avec d'autres acteurs de santé en :

- Favorisant l'autonomie de la personne soignée dans les actes de la vie quotidienne ou dans la conduite et la responsabilité d'un problème de santé.
- Réalisant des actions éducatives en équipe pluridisciplinaire sur les divers lieux de vie.
- Assurant un encadrement adapté auprès de l'équipe soignante (aides-soignants, agents des services hospitaliers) et des stagiaires affectés dans les unités de soins.

► **LE PROGRAMME DES ÉTUDES INFIRMIÈRES** offre les différents niveaux d'acquisition en terme d'aptitudes et de compétences à partir :

- d'une méthodologie rigoureuse ;
- de projets éducatifs en approche communautaire développés dans les stages santé publique : promotion de la santé ;
- de la fonction pédagogique auprès des personnes soignées et de leur famille, des stagiaires dans les secteurs de soins : action éducative ;

- des travaux de réflexion dans le cadre du travail d'intérêt professionnel.

Cette dimension éducative, partie intégrante du soin infirmier, fait référence au rôle propre de l'infirmier(e) dont il/elle a l'initiative et la responsabilité. L'infirmier(e) doit être apte à dispenser des soins infirmiers en réponse à des besoins réels de santé de la population et en la faisant participer.

De plus, tous les modules globaux, intitulés « soins infirmiers aux personnes atteintes de... » (par exemple soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections respiratoires) comportent un item de formation « santé publique et éducation ».

L'apprentissage repose sur des savoirs orientés vers une logique d'action

- **Faire** : ce sont les tâches professionnelles.
- **Savoir faire** : ce sont les aptitudes, les compétences, l'expérience.
- **Comment savoir faire** : ce sont les procédures, les motivations, la relation, le psychogestuel.
- **Du savoir, pour quoi faire ?** C'est la mobilisation des connaissances.

« Tout apprentissage doit être rigoureusement associé à la prise de conscience d'une situation réelle par l'élève. » (P. Freire, 1980)

L'apprentissage repose sur des savoirs orientés vers une logique de connaissance

► **LES SAVOIRS THÉORIQUES** : ce sont les connaissances.

- Exemple n° 1

– *Faire* : une injection d'insuline.

– *Savoir faire* : la technique d'une injection sous-cutanée, la rotation des sites d'injection.

– *Comment savoir faire* : autosurveillance diabétique, adaptation des doses, information, suivi du carnet diabétique.

– *Du savoir, pour quoi faire ?* Logique d'organisation, logique d'asepsie, notion d'éthique et de législation.

– *Les savoirs théoriques* : connaissance du diabète : prévention de l'hypoglycémie, programme alimentaire adapté, causes de déséquilibre du diabète... ; connaissance de l'insuline : délai et durée d'action, conservation...

● Exemple n° 2

– *Faire* : poser un diagnostic infirmier.

– *Savoir faire* : identifier le problème de santé, son étiologie et les symptômes.

– *Comment savoir faire* : jugement clinique à partir des informations recueillies et de leur analyse.

– *Du savoir, pour quoi faire ?* Observation, écoute, relation, contrat de soins.

– *Les savoirs théoriques* : méthodologie de la démarche de soins, raisonnement diagnostique, outil de référence : ANADI.

Le champ d'intervention de l'infirmier(e) n'est plus défini à partir d'actes isolés, mais à partir de problèmes de santé dont la résolution reste dans le champ de compétence de l'infirmier(e), les actions étant coordonnées entre plusieurs partenaires.

Il convient de travailler la démarche, c'est-à-dire le processus mental, le questionnement, le raisonnement. Elle permet un transfert qui s'effectue d'une pratique à une pratique avec ou sans détour par la théorie. Et analyser, c'est apprendre à repérer ce qu'il convient d'apprendre. C'est s'obliger à prendre du recul. Le sens même de la démarche et de l'analyse est de travailler la méthode et non les outils.

Apprentissage du geste, vérification de son acquisition et protocole éducatif

Une démarche éducative relative aux lombalgies prend en compte ces trois niveaux :

- l'apprentissage du geste ;
- la vérification de son acquisition ;
- et le protocole éducatif.

Ce choix pertinent s'explique par :

- un problème de santé rencontré chez de nombreux soignants ;
- une action éducative auprès de personnes hospitalisées souffrant de lombalgies ;
- une formation initiale et continue visant la prévention ;
- une méthode centrée sur l'apprentissage du geste, la vérification de son acquisition et le protocole éducatif.

Intentions de la démarche éducative

La prévalence des lombalgies constatées chez les professionnels de santé oriente un programme de prévention géré durant les études infirmières.

Dès la première année de formation, l'objectif est de faire prendre conscience des mouvements physiologiques à restituer chez une personne présentant un handicap : se tourner sur le côté, s'asseoir, se lever.

Le second message pour une efficacité de formation est l'analyse de situation prenant en compte non seulement les ressources et handicaps de la personne, mais aussi et surtout l'espace, le matériel, l'équipe formée ou non aux gestes et postures.

Ces deux points sont fondamentaux pour une adaptabilité à une situation de soins et une transférabilité des techniques de manutention.

Ces méthodes de base s'enrichissent au cours du cursus avec un questionnement sur les études de poste et les aménagements réalistes en terme d'amélioration des conditions de travail.

Pour une pertinence de cette démarche éducative, il est indispensable de se tourner vers les professionnels où de nombreux facteurs de risque existent. Les statistiques issues de la médecine du travail soulèvent la nécessité d'assurer un suivi au sein des structures de soins. La méthode pédagogique

s'oriente vers la formation-action à partir de l'expérience des professionnels.

Filmés en situation de soins, un débat s'ouvre sur les postures, l'environnement, l'organisation. Leur participation alimente le sens de la démarche éducative : techniques plus adaptées, aménagements de poste, utilisation rationnelle du matériel.

Un partenariat entre médecin du travail, formateur en manutention, services logistiques débouche sur des prises d'initiative, de décision en vue d'améliorer la sécurité et la qualité des soins.

Procédures de la démarche éducative

Identification et analyse des besoins d'apprentissage

Étudiants infirmiers	Personnel soignant
– aucune expérience professionnelle – connaissance de soi et de son corps – postures dans la vie courante – notions en anatomie-physiologie	– recueil des besoins en formation et des attentes – difficultés dans la mobilisation des personnes – adaptation au matériel, aux locaux – non-connaissance des techniques – repérage des motivations

Détermination des priorités et repérage des facteurs influençant l'apprentissage

Étudiants infirmiers	Personnel soignant
– conscientiser les gestes et postures à restituer chez une personne présentant un handicap – prendre en compte les ressources et handicaps de la personne soignée – établir une relation	– développer un esprit critique face aux habitudes gestuelles et posturales – aménager les postes de travail – adapter la « technique » de manutention aux ressources de la personne – développer la relation avec la personne.

Élaboration des objectifs éducationnels

Acquérir et contrôler les gestes et postures de base procurant sécurité et confort à la personne soignée dans les diverses activités de son travail.

Objectifs globaux

Étudiants infirmiers	Personnel soignant
– prévenir les lombalgies – s'engager dans un transfert de connaissances en stages	– diminuer l'effort et la fatigue chez le soignant – sensibiliser et mobiliser l'équipe de soins

Objectifs intermédiaires

Étudiants infirmiers	Personnel soignant
– identifier les principes de sécurité – analyser le contexte de soin spécifique à la manutention que l'on doit assurer	– prendre conscience des habitudes gestuelles et posturales néfastes – intégrer les divers facteurs d'une manutention gérée

Objectifs opérationnels

Étudiants infirmiers	Personnel soignant
– acquérir une logique de technique en toute sécurité et adaptée à la personne – gérer les émotions véhiculées auprès des personnes soignées – conduire un processus d'autoévaluation (par soi-même)	– valider sa pratique professionnelle à partir des principes de sécurité et de l'analyse du contexte de soin – analyser le comportement de la personne soignée au cours d'une manutention – conduire un processus d'évaluation croisée (par ses pairs)

Détermination du contenu et choix des outils pédagogiques

► IDENTIFICATION

– des activités de soins nécessitant le recours à une manutention ;

– des gestes et postures dans le contexte de vie : familiale, sport, loisirs.

⇒ Brainstorming, paper-board.

► ACQUISITION DES PRINCIPES DE SÉCURITÉ

⇒ Cassette vidéo, rétroprojecteur, démonstration, polycopié.

► REPÉRAGE DES LÉSIONS PATHOLOGIQUES DU RACHIS

⇒ Cassette vidéo, rétroprojecteur, polycopiés.

► ANALYSE DU CONTEXTE DE SOIN

– la personne soignée ;

– l'espace ;

– le matériel ;

– la trajectoire ;

– les aides techniques ;

– les connaissances et capacités des soignants.

⇒ Brainstorming, rétroprojecteur, polycopié.

► INTÉGRATION D'UNE ÉDUCATION GESTUELLE

– les retournements (changement d'une alèse, du drap, changement de position...) ;

– les translations (recentrer dans le lit ou excenter) ;

– les redressements-abaissements (lever de la personne) ;

– les transferts couchés, assis (passage du lit au brancard, d'une chaise à une autre assise) ;

– les relevers (personne qui a chuté) ;

– les rehaussements au lit, au fauteuil (personne qui a glissé) ;

– utilisation du lève-malade (selon la morphologie) ;

– port de charge inerte (carton de sérums, pile de linge...).

⇒ Reconstitution d'une chambre de malade.

⇒ Expression du vécu : savoirs.

⇒ Réajustement : validation des techniques.

⇒ Démonstration : identification des points-clés.

⇒ Répétition : respect des principes de sécurité.

⇒ Application en secteurs de soins : analyse.

⇒ Debriefing : analyse du vécu, évaluation croisée, esprit critique.

Réalisation de la démarche éducative

Voir tableau en bas de page à gauche.

Évaluation

Autoévaluation à partir du vécu et d'un guide d'évaluation (annexe outil d'évaluation), évaluation croisée par ses pairs.

Étudiants infirmiers	Personnel soignant
– évaluations normatives lors des mises en situation professionnelle	– caméscope

Procédures

Étudiants infirmiers	Personnel soignant
– apport théorique : 5 heures	– 6 jours de formation non continue + 1 jour de suivi
– ateliers par cycle de 1 h 30 par technique et par sous-groupes de 15 étudiants	– alternance en salle de formation et en secteurs de soins

Domaines d'amélioration

- Prévention.
- Sécurité.
- Relation.
- Organisation.
- Technique.

Étudiants infirmiers	Personnel soignant
• Apport théorique en grand groupe (1 ^{er} trimestre de formation)	• Groupe constitué de 15 personnes, volontaires ou imposées
• Apprentissage en sous-groupes en salle de TP : – en vitesse normale, pour voir – au ralenti, pour comprendre – en arrêt sur image pour retenir	• Expression des attentes, du besoin en formation, du savoir • Apport théorique en salle de formation • Apprentissage en salle de formation : – à partir des pratiques professionnelles pour mobiliser le savoir – en démontrant pour restituer la technique – en répétant pour intégrer • Application en situations de soins pour s'adapter OU • En situations de soins pour identifier la manutention • En salle de formation pour décrypter la pratique professionnelle et intégrer la logique en manutention

Tableau 13.1. Outil d'évaluation d'une manutention bien gérée.

La personne pratiquant la manutention :	acquis	non acquis	non évalué
- est consciente de ses capacités et de ses aptitudes : - est vêtue d'une tenue vestimentaire adaptée : - identifie les ressources de la personne : - identifie les handicaps de celle-ci : - connaît sa pathologie : - explique le mouvement à effectuer : - organise l'espace : - prépare le matériel : - utilise les aides techniques à bon escient : - sollicite la participation de la personne : - s'entoure d'aide humaine (technique à deux) : - est rapprochée de la personne : - est à sa hauteur (membres inférieurs fléchis/appui genou) : - a les pieds écartés, décalés : - assure des prises solides non traumatiques : - contrôle son rachis en position corrigée : - effectue le verrouillage de sa colonne vertébrale : - bloque sa respiration au moment de l'effort : - coordonne les gestes avec la personne et ses collègues : - anticipe la trajectoire, pieds mobiles, en ouverture : - limite l'effort (contrepois, élan) : - choisit la technique appropriée :			

Conclusion

Ces démarches éducatives centrées sur les étudiants infirmiers et les professionnels de santé illustrent les théories de l'apprentissage précitées.

La méthode pédagogique auprès des étudiants est de type behavioriste dans un premier temps. Démarche déductive, elle est centrée sur le mouvement à acquérir. Cette démarche parcellaire doit être complétée par l'appropriation des connaissances : savoir et savoir-faire auprès de personnes non autonomes au sein des divers stages.

Par ailleurs, les professionnels de santé partent d'une démarche clinique, de type inductif faisant référence à la théorie cognitive.

Démarche de découverte, ils travaillent le « sens » à donner lors d'une manutention à dispenser à partir de l'analyse et de la compréhension (tableau 13.1).

Il convient de dire que l'appropriation des savoirs, savoir-être et savoir-faire, nécessite le va-et-vient entre ces deux approches.

De plus, un échange de savoirs est réel à partir de l'expérience des professionnels de santé par l'encadrement assuré auprès des étudiants et des acquis de ceux-ci dans la maîtrise des mouvements à réaliser.

Apprentissage du geste

Il est basé sur une logique d'actions et une logique de connaissances.

► **POURSUIVANT L'EXEMPLE DE LA PRÉVENTION DES LOMBALGIES**, l'objectif de la formation initiale est de conscientiser le mouvement physiologique à restituer chez une personne présentant un handicap.

Étayons par une situation concrète : « la personne hospitalisée a glissé de son fauteuil ». La technique du rehaussement au fauteuil s'appuie sur :

● Une logique d'action

- rapprocher les pieds vers l'assise du fauteuil ;
- pencher le buste en avant ;
- se soulever et se diriger vers le fond du fauteuil ;
- s'asseoir buste toujours penché ;
- et terminer en se redressant.

● Une logique de connaissances

- le respect des principes de sécurité en gestes et postures ;
- l'analyse de situation pertinente de la personne et de son environnement.

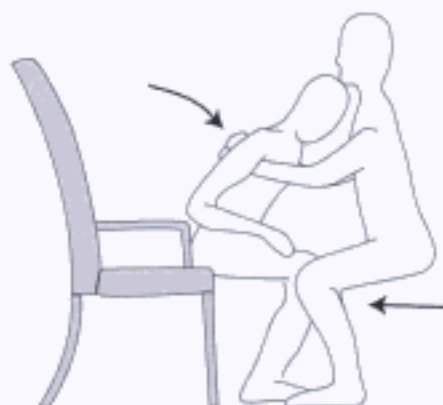
PROTOCOLE ÉDUCATIF : REHAUSSEMENT AU FAUTEUIL, APPROCHE AVANT



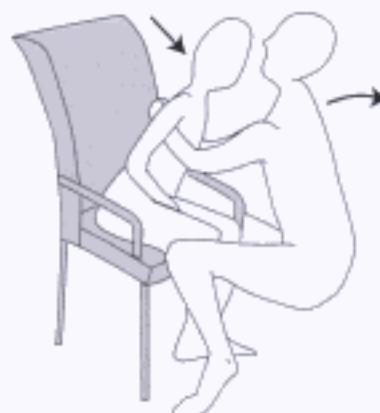
- le malade a glissé de son fauteuil
- le fauteuil est adossé au mur
- le dossier est très haut, non amovible
- le soignant explique le geste à la personne et la rassure



- les pieds sont rapprochés vers l'assise du fauteuil
- les mains sont dégagées des accoudoirs pour ne pas s'agripper au fauteuil



- face à la personne soignée, le soignant encadre avec ses pieds ceux de la personne
- il bloque ses genoux avec les jambes
- saisit les omoplates en passant sous les aisselles, jambes fléchies
- penche le buste vers lui : la tête dégagée est tournée sur le côté



- le recul arrière du soignant assure un mouvement de déséquilibre pour effectuer une poussée avec la prise de cuisse vers le fond du fauteuil
- le rehaussement terminé, le soignant redresse le buste de la personne contre le dossier du fauteuil

Fig. 13.1. Rehaussement au fauteuil, approche avant.

Le référentiel en gestes et postures constitue le protocole éducatif (voir figure 13.1, protocole du rehaussement au fauteuil, approche avant).

Protocole éducatif

L'apprentissage du geste s'effectue à partir de « savoirs prescrits » : le protocole éducatif décrit la technique utilisée. Outil de référence, validé, il

garantir la fiabilité dans l'exécution et la sécurité de la personne bénéficiaire.

Vérification du geste

► **ELLE RENVOIE AUX SAVOIRS INTÉGRÉS.** L'acquisition gestuelle, l'intégration des connaissances s'effectuent à partir de l'esprit critique, de l'adaptation aux diverses situations. La transférabilité des acquis est alors possible d'une situation à une autre.

Cette vérification du geste se fait à partir d'une autoévaluation : principes de sécurité respectés en reprenant point par point, identification des déterminants de l'analyse de la situation.

► **DES SAVOIRS RÉELS** partent d'une situation réelle : le caméscope est la mémoire de chaque phase d'apprentissage, décompose le mouvement. La vidéo est un outil fiable dans l'évaluation des savoirs intégrés et favorise un débat à partir d'un référentiel : le protocole éducatif, c'est-à-dire les savoirs prescrits (figure 13.2).

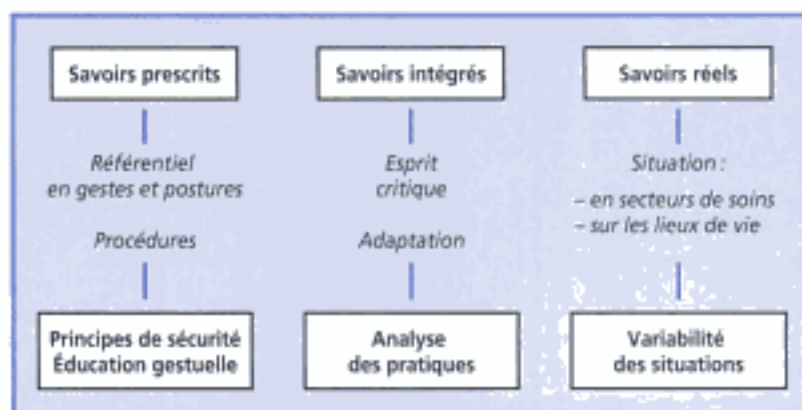


Fig. 13.2. L'apprentissage repose sur des savoirs pour une transférabilité des gestes et postures.

Cette méthode participative où théorie et pratique sont interdépendantes apporte :

- échange dynamique des savoirs des uns et des autres ;
- outil de changement de la pratique quotidienne.

« L'école va à la vie, se décroïssonne, ouvre la porte à la vie et devient un milieu ouvert. » (Decroly : médecin pédagogue belge ayant développé la notion de centre d'intérêt).

Quels bénéfices de la démarche éducative pour l'infirmier(e), le bénéficiaire, et la profession infirmière ?

► **AVEC LE NOUVEAU PROFIL INFIRMIER**, l'infirmier(e) s'ouvre sur un environnement social et économique avec :

- une notion de risque lié aux événements ;
- le partage, la confrontation de pratiques professionnelles ;
- la créativité à partir de l'élaboration d'outils éducatifs ;
- une relation de qualité liée à l'écoute, la confiance, la disponibilité ;
- du plaisir à partir de son propre développement et du développement de l'autre ;

- un investissement au sein d'une équipe pluridisciplinaire ;
- la prise en compte de la politique de santé.

La démarche éducative met l'accent sur le processus qui permettra d'exploiter les qualités et les capacités latentes de chaque individu.

L'infirmier(e) décode le signifié des signes extériorisés chez la personne hospitalisée et l'intentionnalité du soin infirmier prend tout son sens pour un mieux-être : il/elle discerne ce qui favorise le développement de la vie des gens et ce qui y fait obstacle, afin d'éviter que la maladie n'apparaisse, ne s'installe ou ne s'aggrave.

Ces démarches éducatives sont tirées de l'expérience pédagogique menée essentiellement avec les étudiantes infirmières au cours de leur premier trimestre de formation, en première année.

Les terrains de stages, sur trois départements présentent les caractéristiques suivantes :

- principaux secteurs d'activités de l'infirmier(e);
- compétence et disponibilité de l'encadrement;
- existence d'objectif(s) et/ou de projet(s) dans la structure d'accueil;
- dynamisme de l'équipe.

Il est à noter que les noms attribués aux localités, structures, et personnes sont fictifs dans le souci du respect de l'éthique.

Trois fils conducteurs ont été développés dans l'acquisition de la démarche éducative

- la réintégration du corps;
- la qualité de vie relationnelle;
- l'insertion dans la cité et la vie sociale.

La démarche éducative : qu'a-t-elle apporté aux étudiant(e)s ?

Sur le plan cognitif

- Identification des représentations de la santé et de ses déterminants.
- Appropriation des concepts
 - de l'homme;
 - de l'environnement;
 - de l'échange;
 - de la santé, de la maladie-handicap.
- Émergence d'un besoin ou d'une demande en santé.
- Analyse issue du croisement des informations à partir de l'approche par la population et par les professionnels de santé.
- Diagnostic d'un état de santé ou d'un problème de santé.
- Découverte du monde social : structures extra-hospitalières, tissu associatif, travail de proximité.

- Mobilisation d'outils méthodologiques : interviews, questionnaires, enquêtes, méthode de résolution de problème.

Sur le plan personnel, le développement de soi

- Ouverture d'esprit sur le monde social : observation, écoute, entrée en relation avec l'autre.
- Révélation de compétences et d'aptitudes
 - dans l'organisation : choix des moyens;
 - par la prise d'initiative : autonomie, prise de recul, gestion des émotions;
 - dans la créativité : outils éducatifs;
 - par un investissement dans une dynamique de groupe : négociation, tolérance, travail en équipe, conduite de réunion;
 - en plaisir dans la conduite de la démarche éducative : connaissance de soi et des autres;
 - par la remise en question pour les étudiants en promotion professionnelle.

Quelles difficultés ont-ils/elles vécues ?

- Être agent de son propre développement
 - par la prise d'initiatives avec notion de choix, de décisions;
 - dans leurs questionnements;
 - dans la recherche d'informations et l'analyse de celles-ci.
- Implication dans une démarche menée en partenariat.
- Mobilisation des ressources personnelles.
- Expression de leur créativité.

Le tutorat et l'accompagnement des étudiants dans leur démarche éducative conduits par le cadre pédagogique et l'équipe d'encadrement ont levé ces obstacles par le sens à donner à leur démarche. De ce fait, leurs compétences ont été développées.

Une culture est à forger, basée sur :

- Une relation de qualité à partir d'une écoute attentive, d'une confiance, d'une disponibilité.

« Donner ou recevoir sont au fond une seule et même chose et dépendent de la façon dont vous vivez : ouvert ou fermé. » (Henri Miller, Le colosse du Maroc)

- Un travail d'équipe en potentialisant la démarche éducative par la complémentarité des acteurs de santé et en assurant une pérennité de l'action éducative.
- L'accompagnement de la personne, à un moment donné, en la dynamisant à partir de ses ressources : compétences, savoirs, aptitudes dans son environnement et selon sa culture.

- Une représentation positive de la santé.

Les étudiant(e)s infirmier(e)s, futur(e)s professionnel(le)s de santé, sont des vecteurs de changement dans le contrôle de la santé, des transmetteurs de la *santé-plaisir* par un travail de proximité et de coordination : les personnes devenant acteurs de leur santé.

Échange de savoirs

Hygiène de vie

« Ouvrons l'œil sur le risque accident domestique »

Mots-clés

Habitants d'un quartier, priorité d'une demande, brainstorming, cassette vidéo, affiches, accidents domestiques, partenariat.

Identification et analyse des besoins d'apprentissage

Se plonger dans la réalité de vie du quartier de « Beaulieu », y rencontrer ses habitants dans une structure de proximité : le « Point Service ». Un travail de réseau est engagé entre les travailleurs sociaux et la population fréquentant ce lieu.

La population de ce quartier est très jeune, 11 % de celle-ci sont étrangers, d'origines culturelles diverses : algérienne, marocaine et turque. Le chômage touche de plein fouet les habitants et particulièrement les jeunes femmes. On note une prépondérance d'employés et d'ouvriers.

Pour mobiliser les habitants, une première réunion a pour objet de recenser et hiérarchiser leurs demandes. Chacun est invité à faire part de ses préoccupations en terme de santé. Les thèmes sont notés sur *paper-board*.

Détermination des priorités et repérage des facteurs influençant l'apprentissage

► **LE THÈME LE PLUS FÉDÉRATEUR EST CELUI « ACCIDENTS DOMESTIQUES »** et plus particulièrement :

- Que faire face à une brûlure, une plaie, une intoxication par produit dangereux, une chute ?
- Que doit contenir une armoire à pharmacie ?
- Quels sont les numéros d'urgence à connaître ?

– Comment être efficace au téléphone en cas d'urgence ?

L'animation est centrée sur les adultes pour les impliquer, mais les divers partenaires souhaitent étendre le projet aux enfants.

Élaboration des objectifs éducationnels

- Sensibiliser les enfants aux dangers de la maison et de l'environnement.
- Informer les adultes des facteurs de risque des accidents domestiques et dégager la prévention.
- Mobiliser les habitants adultes de ce quartier.
- Expliquer les dix commandements pour la sécurité de l'enfant.
- Énoncer le contenu d'une armoire à pharmacie.

Objectifs intermédiaires

- Impliquer les travailleurs sociaux et les habitants dans la préparation et la gestion de l'animation.
- Programmer trois réunions pour échanger sur l'avancement du projet.
- Établir un budget prévisionnel.

Objectifs opérationnels

- Créer des supports d'information accessibles à la population : peu d'écriture, schémas, vocabulaire accessible, affiches.
- Choisir des activités ludiques : jeu, cassette, cas concrets.
- Rechercher des sponsors.

Détermination du contenu et choix des moyens pédagogiques

► **DES PANNEAUX D'INFORMATIONS** présentant des affiches portent sur :

- **Les dangers de la maison** : plaies, intoxication, chutes sous forme de dessins avec une phrase-clé illustrant la prévention.

● Les dix commandements pour la sécurité de l'enfant.

● Des cas concrets simulant des scènes à risque en vue d'aborder la conduite à tenir mais surtout pour identifier le facteur risque et dégager la prévention.

● Une cassette vidéo a été réalisée; des arrêts sur image favorisent la discussion et l'expression du groupe.

● Le contenu d'une armoire à pharmacie est expliqué avec mise à disposition des brochures d'information diverses.

● Le groupe accompagnement scolaire s'est impliqué en confectionnant des affiches sur les brûlures. Le choix du thème correspondait au contenu de leur programme de formation. La présentation du projet et une discussion-débat ont été les préalables à leur action.

● Pour les enfants, des animations ludiques leur ont été réservées : maison de poupée, planétarium, jeu de l'ours, panier de la ménagère.

● Une réunion-débat sur la sensibilisation au risque accident domestique et le message prévention a été conduite par un médecin de santé publique.

► DEUX JOURS D'ANIMATIONS, au sein d'un gymnase ont été organisés en partenariat, avec le concours de :

- l'Institut de formation en soins infirmiers du centre hospitalier;
- le développement social urbain;
- la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale;
- la Caisse primaire d'assurance maladie;
- le centre social du quartier;
- la circonscription d'action sociale;
- la mutualité du département;

et avec la collaboration :

- du service municipal des sports;
- des services techniques municipaux;
- de l'Éducation nationale;
- de la mutualité agricole;
- du Comité départemental d'éducation sanitaire.

► LA CAMPAGNE DE COMMUNICATION s'est traduite par :

- confection d'une affiche, diffusée auprès des commerçants de proximité;
- spots publicitaires sur radios locales;
- panneau lumineux en ville;
- articles de presse;
- courriers aux structures et associations de la cité.

Réalisation de la démarche éducative

L'ensemble des partenaires s'est bien impliqué dans la préparation, l'accueil et l'animation.

Cinq classes de deux groupes scolaires du quartier ont participé : 320 enfants et 150 adultes ont fréquenté les diverses animations.

Pour réguler le flux des enfants malgré une planification de l'accueil, un « atelier dessin » a livré les représentations des enfants sur le danger et l'accident domestique.

Évaluation

Les enfants ont été sensibilisés à ce sujet, très participatifs, certains sont même revenus à la sortie de l'école. Les instituteurs ont participé à l'animation, ils se sont impliqués.

Les dessins des enfants ont été exposés dans le cadre d'un projet environnement géré par l'Éducation nationale, dans le hall de l'hôtel de ville, durant une semaine, deux mois après ce projet.

Les différents professionnels se sont connus et ont échangé sur leurs pratiques.

« Je me lave les mains en m'amusant »

Mots-clés

Enfants de deux-trois ans, crèche, démonstration, application, affiche, lavage des mains.

Identification et analyse des besoins d'apprentissage

L'objectif de la crèche « Les Primevères » est de favoriser l'éveil de l'enfant et de le conduire vers son autonomie.

Le groupe d'âge des enfants de deux-trois ans correspond à la période avant l'entrée en école maternelle. Diverses animations visant l'acquisition de la propreté sont poursuivies.

Détermination des priorités et repérage des facteurs influençant l'apprentissage

L'éducation sur l'initiation à la propreté porte sur le lavage des mains. L'apprentissage est destiné à un groupe de six enfants qui vont entrer en école maternelle en septembre.

► LES FACTEURS INFLUENÇANT L'APPRENTISSAGE sont liés aux activités de la crèche :

● Activités corporelles : perles, peinture, dessin, ballon, tricycle, jeux d'eau, bac à sable.

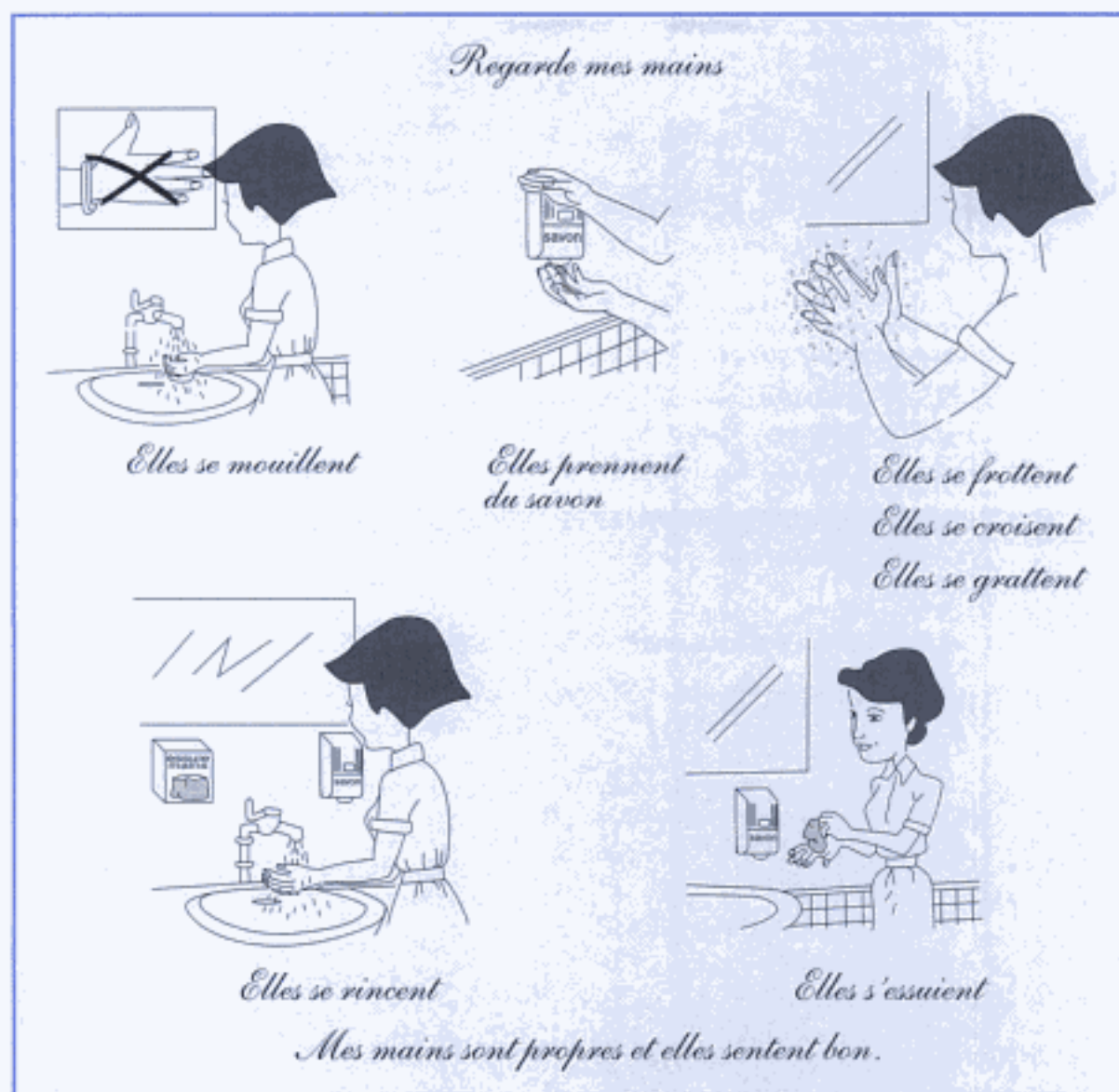


Fig. 14.1. Le lavage des mains.

● Activités liées au langage et à l'audition : lecture, diapositives, chants, musique, comptines.

● Activités de fête : préparation au carnaval, Noël, anniversaires, journées à thème.

En préparant son passage à la maternelle, l'enfant apprend à rester assis un moment et à écouter les consignes de l'adulte.

Élaboration de l'objectif éducationnel

Réaliser l'apprentissage du lavage des mains auprès d'un groupe d'enfants de deux-trois ans.

Objectifs intermédiaires

- Faire connaissance avec le groupe d'enfants.
- Évaluer le niveau d'acquisition des enfants en participant aux activités d'éveil.
- Créer un outil simple pour visualiser le lavage des mains avec les enfants.

Objectifs opérationnels

- Dessiner les différentes étapes du lavage des mains sur affiche : activité réalisée avec les enfants (figure 14.1).

- **Organiser le lieu de la démarche éducative :**
 - salle de propreté des enfants ;
 - petites chaises ;
 - lavabo, distributeur de savon et essuie-mains à disposition.
- **Répartir la durée de l'animation** entre la démonstration, 10 minutes et l'application, 2 minutes par enfant.

Détermination du contenu et choix des moyens pédagogiques

- **Identification des étapes du lavage des mains :** mouillage, savonnage, rinçage et séchage.
- **Repérage des étapes sur affiche.**
- **Préparation de la démonstration** en temps réel.
- **Installation des enfants** dans la salle de propreté.

Réalisation de la démarche éducative

Les enfants sont installés sur des petites chaises dans la salle de propreté, tout près du lavabo. L'affiche est fixée au-dessus du lavabo.

La démonstration du lavage des mains est faite étape par étape en visualisant sur l'affiche.

Chacun des enfants, tour à tour, effectue chaque étape en murmurant :

- « regarde mes mains (face au robinet) ;
- elles se mouillent ;
- elles prennent du savon ;
- elles se frottent ;
- elles se croisent ;
- elles se grattent sur le dessus ;
- elles se rincent ;
- elles s'essuient ».

Quand le groupe des six enfants a terminé son lavage des mains, tous ensemble, ils disent :

- « maintenant, elles sont propres et elles sentent bon ».

Évaluation

Les enfants ont assimilé le geste du lavage des mains en suivant sur l'affiche et en fredonnant.

Cette action est renforcée avant chaque repas ou goûter et au retour des activités extérieures sous l'encadrement des auxiliaires puéricultrices.

« Équilibre alimentaire et plaisir de bien manger »

Mots-clés

Enfants et adultes d'un quartier, jeux, expérimentation, partenariat, affiche, équilibre alimentaire.

Identification et analyse des besoins d'apprentissage

C'est un petit quartier de 800 habitants, « Au Grand Chêne », situé à l'écart de la ville. 114 logements individuels jumelés et 30 logements collectifs le caractérisent. 100 familles y vivent : familles nombreuses où s'observe un pourcentage important d'enfants et d'adolescents. 26 d'entre elles sont d'origine étrangère. Toutes se connaissent d'autant que plusieurs générations sont regroupées.

Une maison de quartier est le pôle des animations, ouverte aux jeunes et aux adultes.

Des travailleurs sociaux, assistante sociale et puéricultrice œuvrent depuis de nombreuses années dans cette cité. Ce quartier bénéficie des opérations de développement social urbain, tant dans la réhabilitation du bâti que dans l'accompagnement social.

Lors du bilan d'une action de santé préalable, les habitants ont pris conscience de mal s'alimenter.

Détermination des priorités et repérage des facteurs influençant l'apprentissage

- **L'intention est de faire passer le message** par les enfants auprès de leurs parents.

La tranche d'âge des enfants est choisie à partir du contact avec les enfants fréquentant la maison de quartier dans le cadre du centre de loisirs et de leur intérêt porté au thème alimentation.

Le groupe des 7-9 ans est retenu et les deux animateurs sont prêts à s'investir.

- **Une réunion** regroupe les divers acteurs de santé impliqués dans ce projet :

- quelques membres de l'association de quartier ;
- la directrice de la maison de quartier ;
- l'assistante sociale et la puéricultrice de la circonscription d'action sociale ;
- deux étudiants infirmiers.

- **Les priorités** définies par les étudiants infirmiers sont :

- sensibilisation des enfants sur les groupes alimentaires en vue de la composition d'un repas équilibré ;

- réflexion sur le lancement des invitations aux parents pour partager un repas;
- préparation et réalisation du repas;
- animation de la soirée;
- évaluation du projet.

Élaboration de l'objectif éducationnel

Informers enfants et parents sur la composition d'un menu équilibré.

Objectifs intermédiaires

- Préparer une animation ludique en vue d'apprendre les groupes alimentaires aux enfants de 7-9 ans.
- Énoncer la composition d'un menu en expliquant le choix de chaque aliment.
- Déterminer les modalités de l'invitation aux parents.
- Organiser la préparation et la réalisation du repas.
- Préparer l'animation de la soirée.
- Établir un budget.

Objectifs opérationnels

- Créer un jeu de l'oie centré sur les groupes alimentaires.
- Répartir les enfants en 8 équipes de 2 enfants.
- Établir le menu.
- Préparer les invitations.
- Planifier la distribution de celles-ci.
- Répartir les ateliers relatifs à la préparation et à la réalisation du repas.
- Partager l'animation de la soirée entre les enfants et les étudiants infirmiers.

Détermination du contenu et choix des moyens pédagogiques

- **Sensibilisation des enfants sur l'alimentation.** Jeu de l'oie tracé à la craie au sol dans la grande salle de la maison de quartier présentant des aliments des divers groupes alimentaires.
- **Lancement des invitations.** Présentation reprenant celle des autres invitations à des projets santé dans le quartier à l'initiative des étudiants infirmiers : même couleur, même pliage.
- **Préparation et réalisation du repas.** Expérimentation : tous les enfants participent depuis l'épluchage jusqu'à la présentation des plats. Le lavage des mains est rappelé aux enfants pendant ces étapes.

- **Animation de la soirée.** Répartition des rôles dans l'accueil des familles.

- **Élaboration d'affiches** rappelant la démarche entreprise et les groupes alimentaires dans la composition d'un menu.

Réalisation de la démarche éducative

Elle se déroule en plusieurs étapes :

- **Avec les enfants**, un mercredi après-midi dans le cadre des activités du centre de loisirs. L'animation du jeu de l'oie est conduite par les étudiants infirmiers et les animateurs qui connaissent bien les enfants. Les huit équipes ont énoncé leur menu en expliquant leur choix. Ensemble, ils ont arrêté le menu à partager avec leurs parents. Deux heures durant, les enfants ont participé ; une pause avec chants et poésies a soutenu leur attention et maintenu le rythme.

- **Enfants, animateurs et étudiants** ont contribué à la réalisation des invitations à l'intention des parents. La distribution a été faite directement puisqu'un coupon-réponse était à récupérer : 70 personnes sont intéressées !

- **Le temps fort** de cette démarche éducative est la préparation et la réalisation du repas. La journée complète du mercredi est organisée entre étudiants infirmiers, animateurs et travailleurs sociaux pour encadrer les 16 enfants.

Divers ateliers sont conçus :

- décoration de la salle avec fleurs des champs et banderoles;
- épluchage des fruits en introduisant le lavage des mains et début de cuisson de la viande;
- épluchage, préparation des légumes et cuisson du poisson.

- **La soirée commence à 18 h 30** : les étudiants infirmiers accueillent les parents, les enfants offrent un apéritif. Avant de passer à table, la démarche entreprise est énoncée : répondre à une demande des parents, apprendre aux enfants l'équilibre alimentaire et partager ce savoir autour d'un repas.

Les enfants, coiffés d'une toque et munis d'un tablier blanc font le service...

Évaluation

- Bonne humeur, joie et convivialité sont de la soirée.
- Les familles ont échangé entre elles.

- Les parents participent pour débarrasser les tables et ranger la salle.
- Des questions surgissent.
- Durant plusieurs semaines, enfants et partenaires se sont bien impliqués dans ce projet.
- Projet fédérateur pour mobiliser un groupe d'habitants.
- Le budget est respecté.
- Les affiches sont exposées durant quinze jours.
- À moyen terme, des aliments nouveaux sont introduits dans la composition d'un menu familial.

« Croquer la vie à pleines dents »

Mots-clés

Enfants en secteur pédopsychiatrie, jeu de rôle, animation théâtrale, hygiène bucco-dentaire.

Identification et analyse des besoins d'apprentissage

Le choix en pédopsychiatrie repose sur le fait que les parents s'investissent peu dans l'éducation de l'hygiène de vie de leurs enfants. Souvent, l'environnement familial est précaire. Ce choix est validé à partir des expériences en stage vécues par plusieurs étudiants infirmiers. De plus, un relais de la démarche éducative est possible par l'équipe de soins.

Détermination des priorités et repérage des facteurs influençant l'apprentissage

L'hygiène et le suivi bucco-dentaire deviennent une priorité. La consultation chez le dentiste attendant à la structure est toujours vécue difficilement par l'enfant. L'animation théâtrale, vecteur de la démarche éducative présente un attrait pour l'enfant : l'objectif étant d'apprendre le brossage des dents et de dédramatiser la consultation chez le dentiste.

Élaboration des objectifs éducationnels

- Expliquer aux enfants la technique du brossage des dents.
- Dédramatiser la consultation chez le dentiste.

Objectifs intermédiaires

- Faire participer les enfants.
- Choisir une forme ludique dans l'animation.
- Créer le scénario.
- Impliquer l'équipe de soins dans le suivi de la démarche éducative.

Objectifs opérationnels

- Répartir les rôles.
- Sélectionner le contenu du message.
- Construire les affiches.

Détermination du contenu et choix des moyens pédagogiques

- Prise en compte des friandises : les bonbons.
- Le brossage des dents : technique.
- Prévention des caries : consultation chez le dentiste.
- Durée de l'animation : 1/4 d'heure.
- Divers acteurs
 - la fillette et sa maman;
 - le dentiste;
 - le clown;
 - les bonbons;
 - l'horloge : durée du brossage des dents;
 - l'auditoire : les enfants, l'équipe éducative.

Réalisation de la démarche éducative

Une petite fille joue à la marelle, une guimauve dans la bouche en fredonnant...

Elle va s'asseoir près de ses jouets. Les bonbons arrivent et la petite fille mange les bonbons qui lui sont donnés.

— Le clown : « Bonjour Clémentine ! qu'est-ce que tu fais ? »

— Clémentine : « Je joue et je mange plein de bonbons. »

— Le clown : « Oh là là ! Tu en manges trop ! C'est pas bien, tu vas avoir plein de caries. »

La petite fille n'entend pas et continue à manger des bonbons.

— Le clown : « Les enfants, si vous la voyez manger des bonbons, vous m'appeler. »

Un étudiant infirmier sollicite les enfants pour appeler le clown.

— Le clown : « Tu en manges encore ! Je vais chercher ta maman. »

— La maman : « Avec tout ce que tu as mangé, il faut que tu te brosses les dents. »

Clémentine se lève pour aller se brosser les dents, mais elle fait semblant. Le clown s'en aperçoit et doucement :

— Le clown : « Oh ! elle ne se brosse pas les dents ! »

— La maman : « Les as-tu bien lavées ? »

— Clémentine : « Oui, oui ! »

— Le clown : « Les enfants, vous êtes sûrs qu'elle s'est bien brossé les dents. »

— Les enfants : « Oui. »

— Le clown : « Vous en êtes sûrs ? Je crois que non. Clémentine, tu ne te brosses pas assez les dents et tu vas avoir mal. »

— Clémentine : « Ouh ! j'ai déjà mal. »

— Le clown et la maman : « Eh bien, on va aller voir le dentiste. »

La petite fille pleure et se fait consoler par sa maman qui la rassure.

— La maman : « Ne t'inquiète pas, le dentiste est un gentil monsieur. Il va juste regarder l'état de tes dents et soigner ce qui ne va pas. »

Chemin chez le dentiste, accueil et installation.

— Le dentiste : « Bonjour, Clémentine, je vais regarder tes petites dents. »

Clémentine ouvre la bouche.

— Le dentiste : « Oh là là ! Tu as dû manger beaucoup de bonbons sans te brosser les dents. »

— Le clown : « N'est-ce pas, les enfants qu'elle n'a pas bien lavé ses dents après avoir mangé des bonbons. »

— Les enfants, sollicités : « Non. »

— Le dentiste : « Je vais expliquer ce qu'il faut faire. Si tu ne te laves pas bien les dents, elles vont s'abîmer et tu risques d'avoir des caries. »

Entrée de la bouche en carton pour expliquer : le diable installe des pastilles noires sur les dents. (caries).

— Le dentiste : « Toi ! tu t'en vas ! on ne veut pas de caries ! Moi, je vais soigner les dents, et vous montrer comment on se brosse les dents pour ne pas les abîmer. »

Explications par le dentiste.

Clémentine se lève.

— Clémentine : « Maman, je n'ai plus rien aux dents, le dentiste les a soignées et maintenant, je me brosserai les dents. »

Comptine fredonnée par tous les acteurs :

« Le matin, après mon lait,
je les brosse, je les brosse,
le midi après manger
et le soir avant d'se coucher. »

— Le clown : « Et comment tu te les brosses ? »

— Clémentine :

« Du rouge vers le blanc,
je les brosse, je les brosse,

du rouge vers le blanc,
je les brosse soigneusement.

La, la, la... »

Reprise avec les enfants. Le refrain de la comptine est accompagné par le mouvement du brossage des dents.

À la fin de la démarche éducative, chaque enfant reçoit un gobelet avec son dentifrice et sa brosse à dents.

Pour renforcer cette action, des affiches simples reprennent les conseils pour avoir de belles dents.

Évaluation

- Bonne interaction entre les acteurs et les enfants.
- Participation des enfants durant l'animation.
- Encouragement de l'équipe de soins du secteur pédopsychiatrie.
- Suivi de la démarche éducative par l'équipe de soins.

« Tabac et santé »

Mots-clés

Jeunes adultes en réinsertion professionnelle, exposé, expérimentation, brochures informatives, réunion débat, affiches, éducation sur le tabac.

Identification et analyse des besoins d'apprentissage

Dans le cadre du chantier école « Les remparts » sous la responsabilité de la mission locale, un groupe de 12 jeunes gens âgés de 18 à 22 ans construisent une salle polyvalente. Tous les aspects des métiers du bâtiment sont présents. Pendant cette période de quatre mois, ce groupe bénéficie d'une aide pour l'émergence d'un projet professionnel.

En vue d'aborder la démarche éducative, le thème santé a permis l'expression de chacun et le choix du sujet à débattre.

Détermination des priorités et repérage des facteurs influençant l'apprentissage

Parmi les trois thèmes dominants, « douleur, tabac et complications, sport » le vote à main levée a sélectionné le sujet relatif au tabac et à la santé.

► LES FACTEURS INFLUENÇANT L'APPRENTISSAGE sont à considérer :

● Niveau scolaire

— type VI : fin de 5^e ou 4^e, 16 ans ou fin de scolarité;

- type Vbis : 1^{re} ou 2^e année de CAP;
- type V : CAP ou BEP non validé.
- **Accessibilité du langage** : informations à transmettre avec des termes usuels.
- **Durée d'intervention courte** : 3/4 d'heure.
- **Pas de réceptivité à une présentation scolaire** liée à un échec scolaire ou à un refus de scolarité.
- **Choix des méthodes et outils** à partir des informations recueillies auprès des correspondantes de la mission locale qui suivent les dossiers des jeunes gens.
- **Intérêt du groupe retenu** par l'animation d'une discussion-débat et par l'expérimentation du fumeur mécanique.

Élaboration de l'objectif éducationnel

Informier le groupe de douze jeunes gens de 18 à 22 ans en réinsertion professionnelle sur les risques encourus liés à la consommation de tabac.

Objectifs intermédiaires

- Expliquer les éléments constitutifs d'une cigarette et leurs effets sur l'organisme.
- Situer les pathologies liées au tabac.
- Tester les connaissances sur la dépendance tabagique.
- Répondre aux questions des participants.

Objectifs opérationnels

- Démontrer les effets de la cigarette avec un fumeur mécanique.
- Illustrer par un schéma le pourcentage de pathologies liées au tabac et à d'autres facteurs de risque.
- Proposer un jeu testant la dépendance tabagique.
- Échanger sur les résultats de celui-ci.
- Engager une discussion-débat à partir des questions des participants.

Détermination du contenu et choix des moyens pédagogiques

- Exposé portant sur :
 - la composition de la cigarette et les effets encourus;
 - la motivation de l'usage de la cigarette en introduisant la notion de plaisir et de dépendance tabagique.
- Débat sur les thèmes suivant :
 - la consommation de cigarettes par jour;
 - les cigarettes light;
 - les cigarettes avec ou sans filtre;

- fumer par le nez ou la bouche;
- le danger du tabagisme passif;
- la durée pour s'apercevoir des effets néfastes du tabac;
- l'arrêt brutal ou progressif;
- arrêt du tabac et prise de poids;
- méthodes efficaces pour arrêter.
- Des outils illustrent la démarche éducative :
 - affiche présentant les pathologies liées au tabac;
 - expérimentation avec le fumeur mécanique;
 - jeu testant la dépendance tabagique.

Réalisation de la démarche éducative

La convivialité doit être au premier plan pour gagner la confiance du groupe et l'intéresser : dans la salle polyvalente, au calme, chauffée et bien installée.

L'animation est gérée avec divers outils pour casser le rythme de l'apport théorique et favoriser la participation du groupe :

- 1^{er} temps : information sur la cigarette, ses composantes, ses effets sur l'organisme; illustration par les affiches;
- 2^e temps : expérimentation;
- 3^e temps : jeu testant la dépendance tabagique;
- 4^e temps : réponse aux questions et implication des participants avec lecture de différents paquets de cigarettes en terme de composition.

Cette démarche éducative fait intervenir les différents sens : la vue, l'ouïe, le toucher. La mobilisation de ceux-ci au cours de l'animation facilite la compréhension et l'intégration des connaissances.

Évaluation

- Réceptivité du groupe.
- Participation lors du jeu de la lecture des paquets de cigarettes.
- Questions posées pertinentes.
- Durée d'une petite heure respectée.
- Prise de conscience des effets du tabac sur la santé.

« Représentations de la santé par des collégiens »

Mots-clés

Collégiens des classes de 6^e, 5^e, 4^e et 3^e, travaux de groupe à partir d'un guide, photolangage, affiches, santé.

Identification et analyse des besoins d'apprentissage

Le collège « Poincaré » accueille 800 élèves : 450 sont externes et 350 demi-pensionnaires. Il est classé en zone d'éducation prioritaire. Les objectifs y sont de :

- favoriser la communication;
 - développer la vie culturelle;
 - aménager le temps de l'enfant;
 - améliorer la maîtrise de la langue orale et écrite.
- Après divers entretiens auprès des élèves, de l'infirmier(e) et du médecin scolaires, des besoins ou problèmes sont identifiés :
- intégration d'un élève handicapé en 6^e SES;
 - campagne de vaccination contre l'hépatite B proposée aux élèves de 6^e;
 - importance du petit déjeuner;
 - le tabac;
 - la violence.

Détermination des priorités et repérage des facteurs influençant l'apprentissage

Tous ces thèmes présentent un point commun : « la santé ». Mais, que pensent les collégiens de la santé ? Les facteurs influençant l'apprentissage sont :

- Des méthodes souples et distrayantes favorisant la participation des élèves :
 - photolangage pour la classe de 6^e et 5^e;
 - travail de groupe pour les élèves de 4^e et 3^e.
- Une heure de réflexion est intégrée dans leur programme.
- Ce projet est réalisé en concertation avec l'infirmier(e) et le professeur principal de chaque classe.

Élaboration de l'objectif éducationnel

Faire part de nouvelles notions sur la santé en vue d'améliorer le comportement des collégiens au regard de celle-ci.

Objectifs intermédiaires

- Sélectionner une classe par niveau de la 6^e à la 3^e.
- Planifier une heure dans le programme de chaque classe.
- Identifier les méthodes de réflexion.
- Créer l'outil pour transmettre l'information.

Objectifs opérationnels

- Répartir les élèves en sous-groupes.
- Choisir des photos variées en lien avec la santé.
- Préparer le guide pour le travail de réflexion en groupe.
- Collecter le matériel nécessaire à l'exposition présentant les résultats.
- Déterminer le site de l'exposition.

Détermination du contenu et choix des moyens pédagogiques

► MOYENS : photolangage et travail de groupe.

► CONTENU

- Définition de la santé par les collégiens.
- Références de la santé :
 - à l'équilibre;
 - au corps;
 - au plaisir de vivre;
 - à la vitalité;
 - être bien dans sa tête;
 - une bonne hygiène;
 - la non-maladie;
 - la prévention;
 - aux aptitudes physiques.

Pour le travail de groupe, chacun des items est appelé à être approfondi par des questions fermées. Une question ouverte en début et à la fin du questionnaire porte sur la définition de la santé par les collégiens.

Pour le photolangage, le choix des photos reprend l'ensemble des dominantes précitées. L'expression des collégiens est collectée sur *paper-board*.

Le traitement des informations est réalisé par niveau de classes reprenant chacune des dominantes présentées sur affiches. Cinq affiches annoncent la représentation de la santé de chacune des classes et la définition de la santé. L'exposition présentant les résultats se situe à l'entrée du réfectoire où les passages sont nombreux. Des affiches annoncent cette exposition dans le hall et dans la salle des professeurs.

Évaluation

- Tous les collégiens se sont investis dans ce travail de réflexion.
- Prise en compte de la vision des élèves sur la santé.
- Découverte de la santé, en particulier la santé mentale et sociale.

- Visite de l'exposition pendant la récréation et lors des repas.

« Le malaise du quartier vous interpelle »

Mots-clés

Habitants d'un quartier sensible, intergénération, court-métrage, débat-discussion, violence.

Identification et analyse des besoins d'apprentissage

Les habitants du quartier sensible « Verte Prairie » expriment un mal-être lié à l'agressivité et à l'insécurité.

Ce quartier enclavé entre deux autres reloge de nombreuses familles et particulièrement des familles d'origine étrangère. Les rapports sont plus ou moins tendus entre les générations et certaines familles. Des conflits entre parents et enfants sont identifiés. Une maison des associations existe mais ne semble pas satisfaire les jeunes qui s'adonnent à des palabres nocturnes. Les espaces verts sont dégradés. L'esprit de bande existe chez les jeunes : ils s'entendent bien, il ne ressort pas de racisme.

Le phénomène de violence, propre au quartier, est localisé à quelques rues. Il se manifeste par des bagarres à main armée et des dégradations.

Le phénomène de la drogue est réel. Beaucoup d'inactivité et de chômage sont recensés dans ce quartier. Une économie souterraine y est présente.

Détermination des priorités et repérage des facteurs influençant l'apprentissage

Un climat de menace permanente et de risque sur la santé et la sécurité des enfants inquiète les parents.

► **DES VALEURS POSITIVES** émanent de ce quartier :

- solidarité, entraide ;
- bonne tolérance avec les Maghrébins ;
- prise de conscience de la propreté autour de la maison des associations ;
- implication des jeunes dans des projets.

► **MAIS L'EXPRESSION DE PEUR ET D'INSÉCURITÉ EXISTE.** Les codes culturels sont quelquefois source de conflits :

- rapport de proximité ;
- espace ;
- tonalité des voix.

La maison des associations, résultat de la mobilisation des habitants de ce quartier, fonctionne actuellement avec des professionnels exogènes au quartier Verte Prairie.

Élaboration de l'objectif éducationnel

Faciliter la communication intergénération au sein du quartier Verte Prairie, la demande des habitants du quartier étant l'expression d'un mal-être lié à l'agressivité et à l'insécurité.

Objectifs intermédiaires

- Recueillir l'expression du vécu des habitants du quartier Verte Prairie.
- Identifier le ressenti recueilli à la maison des associations.

Objectifs opérationnels

- Interviewer les jeunes et les adultes du quartier Verte Prairie :
 - sur la vie dans leur quartier ;
 - leurs valeurs.
- Organiser plusieurs rencontres entre étudiants infirmiers, travailleurs sociaux, quelques habitants : « les sages », et des personnes expertes.
- Analyser la problématique repérée dans le quartier avec sociologue et psychologue.
- Planifier un débat-discussion à la maison des associations avec des habitants de toutes générations.

Détermination du contenu et choix des moyens pédagogiques

► **MÉTHODE** : débat-discussion.

► **MOYENS** : Court-métrage *Aujourd'hui... pour demain*, réalisé par des étudiants infirmiers. Le scénario présente le résultat des besoins de santé repérés dans le quartier Verte Prairie, et les différents acteurs de santé y travaillant.

► **LES POINTS À ABORDER** sont :

- le bruit dans le quartier et l'expression des jeunes ;
- la violence et les conflits de clans.

Réalisation de la démarche éducative

Après accueil des habitants, intervenants et animateurs se présentent : puéricultrice, assistante sociale du quartier, directrice de la maison des associations, étudiants infirmiers, cadre infirmier responsable de la formation, et sociologue.

La réunion est située dans le contexte de la démarche entreprise depuis plusieurs années avec

les étudiants infirmiers : « la démarche en santé communautaire ». L'ordre du jour est précisé.

Un débat-discussion est animé à partir du court-métrage. La parole est donnée aux jeunes et aux adultes. L'écoute et la relance de la discussion sont conduites par la sociologue extérieure à la ville, mais connaissant bien le quartier pour y avoir travaillé dans le cadre du développement de celui-ci. Les divers thèmes sont développés.

Évaluation

● **Les thèmes abordés** témoignent de rapports plus ou moins tendus entre les générations et certaines familles :

- « le ton monte au moment des échanges ;
- un adulte quitte précipitamment la salle ;
- un intervenant se fait agresser verbalement ».

● **Au moment de la rencontre**, ce court-métrage a fait tomber l'agressivité.

● **Le message du film** a permis de recentrer le débat et de positiver les valeurs du quartier à partir du vécu et des problèmes identifiés.

● **Les familles du quartier Verte Prairie** sont encore attachées à un mode de vie de type rural, convivial et solidaire qui évolue progressivement vers l'intégration de modes de vie urbains.

● **La conflictualité doit s'exprimer** : expression du changement et de tensions qui découlent de ces mutations vers l'intégration culturelle.

● **L'accompagnement des familles** devrait rester sur le mode de dialogue avec les collectivités locales. Les partenaires institutionnels auront toujours à rassurer les habitants du quartier sur leur volonté de le relier à l'ensemble de la ville.

À la fin de la réunion, il ressort une volonté de projets communs entre l'association des habitants, la maison des associations et les travailleurs sociaux. Le premier étant la fête de quartier.

Éducation d'une personne hospitalisée

« J'ai retrouvé mes jambes de 20 ans »

Mots-clés

Prothèse totale de hanche, éducation pendant le séjour hospitalier, application, livret éducatif.

Identification et analyse des besoins d'apprentissage

M^{me} Lulu, 78 ans, est hospitalisée, souffrant d'une coxarthrose primitive nécessitant la pose d'une prothèse totale de hanche.

Commerçante retraitée, elle vit seule dans une petite maison. Très active, elle entretient sa maison et jardine. De bonnes relations sont établies avec son voisinage.

Durant son séjour, des actions éducatives conditionnent son avenir sur le plan fonctionnel.

Élaboration de l'objectif global

Informar M^{me} Lulu de conseils visant à retrouver un maximum d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne à sa sortie en conservant le bénéfice de son intervention.

Objectifs intermédiaires

- **Cerner le mode de vie de M^{me} Lulu** pour identifier les obstacles rencontrés à sa sortie.
- **Identifier ses habitudes de vie** en vue d'adapter la démarche éducative.
- **Collaborer avec le kinésithérapeute** pour un projet éducatif cohérent et pertinent.
- **Encourager M^{me} Lulu à exprimer ses craintes.**
- **L'informer sur les mouvements dangereux** risquant la luxation de sa prothèse.
- **Montrer les gestes de la vie quotidienne.**

Objectifs opérationnels

- **Expliquer les modalités du projet éducatif** : étapes et prescriptions médicales à respecter, progression du protocole.
- **Encourager M^{me} Lulu dans ses progrès** en la rassurant.
- **Citer les mouvements interdits** pour éviter la luxation de la prothèse totale de hanche.
- **Renforcer les conseils donnés lors de son alimentation** :
 - pendant la période de repos ;
 - pour se lever et se coucher.
- **Adapter un régime alimentaire équilibré** pour éviter une surcharge pondérale.
- **Utiliser les sièges hauts.**
- **Expliquer les mouvements à faire pour** :
 - monter et descendre les escaliers ;
 - ramasser un objet tombé à terre.

- Économiser la hanche opérée par des aides techniques.
- Citer les facteurs de risque de chute.
- Poursuivre des activités physiques pour éviter l'inactivité.

Détermination du contenu et choix des moyens pédagogiques

► MOYENS

- Applications dans le cadre des activités de la vie quotidienne durant son séjour.
- Livret éducatif commenté et remis à la sortie.

► CONTENU

- Lister les mouvements interdits
 - croiser les jambes;
 - s'accroupir;
 - pivoter ou tourner brusquement du côté opéré;
 - se pencher de côté, assis, sans faire pivoter les jambes.
- Recommandations
 - dormir du côté opéré sans crainte;
 - maintenir un coussin entre les jambes en position de repos si allongé sur le côté sain;
 - utiliser un rehausseur de WC;
 - poser des barres d'appui dans les toilettes et dans la salle de bains;
 - porter des chaussures stables, sans lacets;
 - ne pas quitter hâtivement les cannes pour assurer une marche soulagée;
 - monter et descendre les escaliers marche à marche;
 - éviter les tapis et les sols glissants;
 - porter les charges près du corps du côté sain;
 - maintenir une posture debout en égal appui sur les deux jambes;
 - limiter les efforts avec des outils à grands manches pour l'entretien de la maison et le jardinage;
 - pratiquer la marche;
 - ne pas recevoir des injections intramusculaires du côté opéré.

Élaboration de la démarche éducative

Ce projet éducatif s'appuie sur un protocole et il est mené en équipe pluridisciplinaire : kinésithérapeute, infirmier(e)s, aides-soignante(s). L'apprentissage est rigoureux et répétitif.

- LA PÉRIODE POST-OPÉRATOIRE est mise à profit pour :
 - Guider M^{me} Lulu à :
 - se lever et se coucher;

- marcher avec ses cannes;
- apprendre à s'asseoir et à se mettre debout;
- monter et descendre les escaliers;
- prendre sa douche ou son bain.
- Recueillir la satisfaction de M^{me} Lulu en évoquant ses progrès.
- Être à l'écoute de ses plaintes.
- L'encourager dans ses acquisitions.

Critères d'évaluation

- Autonomie dans les gestes de la vie quotidienne.
- Intégration des gestes interdits.
- Compréhension du sens des mouvements à contrôler.

« Acteur dans la surveillance d'un traitement : le fixateur externe »

Mots-clés

Étudiants infirmiers, modèle d'apprentissage de Gagne, protocole éducatif, fixateur externe.

Identification et analyse des besoins d'apprentissage

Dans leur cursus de formation, les étudiants infirmiers bénéficient de deux modules optionnels destinés à approfondir leurs connaissances.

Quinze étudiants ont choisi le module « santé publique et traumatologie ».

Un sous-groupe s'est constitué pour réaliser le protocole de soin du pansement de fixateur externe, ainsi que le protocole lié à l'éducation de la personne porteuse d'un fixateur externe.

Procédures

- IDENTIFICATION DES BESOINS DU GROUPE. Trois dominantes ont émergé :

- La prévention, l'éducation.
- L'éducation gestuelle dont le fixateur externe.
- Le handicap.

- MODALITÉS DE L'APPRENTISSAGE à partir du groupe :

- Construction du module avec les étudiants dans une approche participative avec guidance.
- Réalisation de projets auprès d'un public choisi :
 - en secteur extrahospitalier : manutention d'un polytraumatisé avec le concours des sapeurs-pompiers, prévention des dangers de la route auprès d'enfants en école maternelle;

– en secteur hospitalier : acquisition du pansement de fixateur externe et de sa surveillance.

► MOYENS ET MÉTHODES UTILISÉS

- **Initiatives des étudiants** dans leurs démarches avec tutorat.
- **Exploitation d'un film** : *Halte au massacre*.
- **Préparation et gestion d'une table ronde** sur le handicap avec un psychologue.
- **Visite d'un service de microchirurgie**.
- **Contacts auprès des personnes ressources** : présentation, argumentation des projets et programmation des temps de rencontre.
- **Élaboration de projets et création d'outils éducatifs** : court métrage, diaporama, protocoles.

Réalisation de la démarche éducative sur l'éducation d'une personne porteuse d'un fixateur externe

► CONTACT auprès des services de chirurgie :

- **Vérifier la faisabilité du projet** : présence ou non d'un blessé porteur de fixateur externe.
- **Accord des surveillantes** pour assurer le pansement avec l'encadrement d'un(e) infirmier(e) :
 - 1^{er} temps : observer ;
 - 2^e temps : réaliser le pansement en présence de l'infirmier(e) ;
 - 3^e temps : réaliser le protocole de soin en fiche et sous forme de diaporama.

Il est à noter que les personnes hospitalisées ont accepté les étudiants infirmiers et les ont encouragés dans leur réalisation.

- **Prises de rendez-vous auprès de l'instrumentiste** au bloc opératoire et auprès du chirurgien en orthopédie pour validation des protocoles.

Évaluation

Le protocole éducatif a été validé par la surveillance du service orthopédie et par le chirurgien.

Son contenu est le suivant.

► LE PATIENT SORT muni :

- d'une ordonnance pour les soins du pansement au cabinet de l'infirmier(e) ou au domicile du patient ;
- d'une ordonnance pour le matériel de soin ;
- d'une prescription médicale d'anticoagulant ;
- d'un arrêt de travail ;

– d'un rendez-vous avec le chirurgien 15 jours après la sortie où une radiographie de contrôle sera effectuée.

► PRÉCAUTIONS à prendre au domicile :

- **Hygiène corporelle** : éviter les bains et les douches.
- **Hygiène de vie**
 - attention au contact des animaux ;
 - aménager l'environnement (attention au mobilier, obstacles, escaliers) ;
 - porter des chaussures confortables, non dérapantes ;
 - utiliser les cannes, ne pas poser le pied à terre ;
 - modérer les activités : être prudent lors des sorties à l'extérieur ;
 - s'aménager des temps de repos ;
 - protéger le matériel en cas d'activités pouvant souiller le pansement ;
 - ne pas conduire.

● Installation

- jambe tendue, surélevée ;
- mettre un coussin sous le genou pour éviter une distension ligamentaire.

● Surveillance

- **Locale**. État du pansement : ne doit pas être souillé ; extrémités : chaudes, mobiles, sensibles, roses ; douleur : absence ; état cutané : repérer les signes de rougeur, chaleur, œdème.
- **Générale**. Température : doit être normale.

Toute anomalie est à signaler à l'infirmier(e) ou au médecin traitant.

► EN CAS DE CHUTE

- ne pas mobiliser le membre ;
- prévenir le médecin traitant ou les sapeurs-pompiers.

Ne pas hésiter à téléphoner dans le service ou à son médecin traitant en cas de doute ou de problème.

La sortie est envisagée pour des patients capables de comprendre et de gérer leur appareillage.

« Gérer son traitement : l'aérosol doseur »

Mots-clés

Aérosol doseur, mise en situation d'apprentissage, démonstration, application.

Identification et analyse des besoins d'apprentissage

M. Lacaille est hospitalisé en service de pneumologie pour bronchite asthmatiforme non calmée par un traitement ambulatoire.

Âgé de 60 ans, jeune retraité, il est très actif, poursuivant les travaux dans sa maison. Il est fatigué par cet épisode de bronchite, où des quintes de toux le réveillent la nuit.

Parmi la thérapeutique conduite, un aérosol doseur est administré deux fois par jour. Il est très communicatif avec son voisin de chambre avec qui il échange sur ses diverses activités. Après quelques jours de traitement et de repos, son état respiratoire s'améliore. Il avoue que l'aérosol doseur n'est pas bien commode : « je préfère les comprimés, c'est plus simple ! »

Détermination des priorités et repérage des facteurs influençant l'apprentissage

La période de crise est passée et M. Lacaille est reposé. Il est très communicatif. Par ailleurs, il évoque une réticence à l'utilisation de l'aérosol doseur en terme de commodité de traitement.

Il ne présente pas de déficit physique au niveau de la préhension et de la coordination des mains.



Élaboration de l'objectif global

Informar M. Lacaille sur l'utilisation de l'aérosol doseur et son entretien.

Objectifs intermédiaires

- Identifier les acquis de M. Lacaille sur la manipulation de l'aérosol doseur.
- Contrôler le respect des prescriptions médicales : modalités, posologie.
- Informer sur l'hygiène de vie à adopter.

Objectifs opérationnels

- Informer et/ou compléter les connaissances de M. Lacaille sur le médicament prescrit.
- Lui faire exprimer l'usage, le fonctionnement et l'entretien de l'aérosol doseur.
- Évaluer les gestes dans l'utilisation de l'aérosol doseur.
- Lui faire une démonstration de l'utilisation de l'aérosol doseur et son entretien.
- Présenter le livret éducatif.
- Établir un calendrier d'enseignement.

Détermination du contenu et choix des moyens pédagogiques

► MOYENS

- Savoir et savoir-faire de la personne.
- Démonstration.
- Application.

► CONTENU

- Connaissance du médicament prescrit
 - le citer;
 - énoncer la posologie;
 - nommer les effets secondaires.
- Utilisation de l'aérosol doseur
 - insister sur les deux temps de la respiration;
 - enlever le capuchon de l'aérosol;
 - agiter la cartouche;
 - introduire l'embout dans la bouche, lèvres serrées, le fond de la cartouche dirigé vers le plafond;
 - vider les poumons en soufflant par la bouche;
 - appuyer une seule fois sur la cartouche, en gonflant doucement les poumons par la bouche;
 - bloquer la respiration pendant 10 secondes;
 - expirer doucement;
 - reprendre la respiration normalement.
- Entretien de l'aérosol doseur
 - laver l'embout buccal après chaque prise à l'eau savonneuse;
 - rincer et sécher avec un mouchoir en papier.

Réalisation de la démarche éducative

► LE PROJET ÉDUCATIF se déroule en plusieurs étapes :

- Faire pratiquer à M. Lacaille l'utilisation de l'aérosol doseur.
- S'informer auprès de celui-ci de l'entretien de son aérosol.
- Réajuster par une démonstration.
- Mettre M. Lacaille en situation d'autosoins avec observation de l'utilisation et de l'entretien de l'aérosol doseur.
- Noter sur le livret éducatif : acquis ou non-acquis.

Critères d'évaluation

- Contrôle des deux temps de la respiration.

- **Maîtrise** des divers gestes dans l'utilisation de l'aérosol doseur.
- **Respect du temps d'inhalation** du médicament de 10 secondes.

- **Aérosol doseur nettoyé** après chaque utilisation.
- **Connaissance** du nom du médicament, de la posologie et des effets secondaires.

Et maintenant, entraînez-vous

« Accidents domestiques, prenons les devants ! »

Mots-clés

Enfants, école maternelle, expérimentation, confection de panneaux, accidents domestiques.

Présentation de la situation

Le directeur de l'école maternelle « Rossignol » retient le thème « prévention des accidents domestiques », approuvé par le conseil d'école. Ce projet, planifié sur trois ans, s'adresse tant aux parents qu'à leurs enfants.

Les enfants sont âgés de cinq à six ans. Une invitation a été lancée aux parents pour participer à une réunion d'information. Leur participation fut insignifiante : six personnes sur soixante-dix familles.

Un instituteur coordonne ce projet auquel vous êtes conviés à participer.

Les ressources disponibles sont des brochures éditées par le CDES, des assureurs, des fournitures scolaires classiques, des catalogues divers pour découpage.

La période à laquelle l'animation se déroule est courant mai.

1. Analyser le contexte de la situation.
2. Formuler l'objectif éducationnel global.
3. Identifier les facteurs influençant l'apprentissage.
4. Citer les objectifs intermédiaires et opérationnels.
5. Énoncer les méthodes et outils pédagogiques utilisés.
6. Présenter votre action éducative.
7. Noter les critères d'évaluation de votre projet.

Analyse du contexte de la situation

La démarche éducative porte sur la prévention des accidents domestiques auprès des enfants de cinq à six ans en école maternelle. C'est un projet d'école auquel les parents n'adhèrent pas. La programmation se situe avant la période estivale

où les joies du jardin et des loisirs sont très présentes.

Objectif éducationnel global

Faire prendre conscience aux enfants de cinq à six ans des risques et dangers potentiels liés à la vie quotidienne à partir de panneaux de danger et d'interdiction.

Facteurs influençant l'apprentissage

► **DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DE L'ENFANT** : à cinq ans, l'enfant a le goût du risque sans être conscient du danger.

● **Activités ludiques** comme source d'apprentissage : jeux, expérimentation, visualisation.

● **Préacquis** :

– expérimentation sensorielle : chaleur = mal, froid = pas mal ;

– exploration et reconnaissance : feu = brûle ;

– repérage des activités comportant des risques : se baigner = risque de noyade.

► **GROUPE HOMOGÈNE**

● **Même niveau de compréhension et d'intégration.**

● **Temps de réceptivité, de concentration court** : quinze à vingt minutes.

► **DOCUMENTS DE BASE** fiables édités par des organismes de santé.

Objectifs intermédiaires et opérationnels

► **OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES**

● **Faire connaissance** avec le groupe d'enfants.

● **Évaluer** le niveau d'apprentissage.

● **Impliquer** les enfants.

● **Identifier** les accidents domestiques et de loisirs.

► **OBJECTIFS OPÉRATIONNELS**

● **Reconstituer des ateliers** : cuisine, salle de bains.

- Identifier des situations à risque, des zones à risque.
- Faire émerger le vécu des enfants à partir de situations courantes présentant un risque.
- Sensibiliser les parents par les enfants sur du matériel dangereux utilisé lors du bricolage.

Moyens et outils pédagogiques

- Reconstitution des ateliers salle de bains et cuisine.
- Observation des enfants dans la découverte et la reconnaissance.
- Découpage de photos en lien avec les divers sites.
- Réalisation de panneaux « danger et interdit » : découpage et coloriage :
 - danger = apprentissage du risque ;
 - interdit = exclusion formelle.

Démarche éducative

- Identification des situations à risque relevées par les enfants.
 - Confection des panneaux danger et interdit.
 - Découpage de situations à risque.
 - Application par apprentissage, reconnaissance du danger et des conséquences.
- Exemples : feu = brûle ; bicyclette = danger : chute.

Critères d'évaluation

- Risque connu ou non selon les divers outils utilisés ou la zone à risque.
- Intégration des connaissances à partir des scènes quotidiennes et l'application des deux panneaux.

« Silence, on travaille »

Mots-clés

Ouvriers d'une entreprise, facteur de risque, protection individuelle, discussion débat, affiches, prévention du bruit.

Présentation de la situation

Une surdité d'origine professionnelle a été déclarée dans l'entreprise de fonderie « Lecoulage ». La nuisance liée au bruit est préoccupante surtout dans le secteur râperie : 90 décibels à plus de 114 db. 15 salariés y travaillent, âgés de 24 à 55 ans. Dans l'équipe, sur les 15 personnes, 5 sont étrangères et il n'y a qu'une femme...

Des audiogrammes révèlent déjà une légère surdité même chez les personnes jeunes. Une cartographie des bruits indique pour chaque poste de travail l'intensité des sons.

Les protections individuelles sont des bouchons auriculaires personnalisés, mais les ouvriers ne les portent pas en continu.

1. Analyser la situation en vue de repérer les besoins d'apprentissage.
2. Formuler l'objectif éducationnel global.
3. Identifier les facteurs influençant l'apprentissage.
4. Citer les objectifs intermédiaires et opérationnels.
5. Énoncer les méthodes et outils pédagogiques utilisés.
6. Noter les critères d'évaluation de votre projet.

Analyse de la situation

Dans cette fonderie, le bruit est un facteur de risque pour la santé des ouvriers, surtout dans le secteur râperie : 90 à 114 db. Le décret du 17 septembre 1989 tolère 85 db.

Des surdités sont déjà relevées chez des personnes jeunes, et une surdité d'origine professionnelle a été déclarée.

Bien que la prévention passe par une protection individuelle, les ouvriers ne portent pas leurs bouchons à oreilles personnalisés en continu.

Formulation de l'objectif éducationnel global

Informar les ouvriers du secteur râperie sur la nécessité de porter en continu les bouchons auriculaires personnalisés.

Identification des facteurs influençant l'apprentissage

- Observation du poste de travail
 - implantation des machines ;
 - protection collective ;
 - mesure des bruits.
- Contact avec les ouvriers
 - écoute, recueil de leur expression ;
 - vécu du port des bouchons à oreilles ;
 - repérage de leurs demandes.
- Personnes étrangères : message santé adapté à leur niveau de compréhension.



Objectifs intermédiaires et opérationnels

► OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES

- Informer les ouvriers des nuisances du bruit sur l'organisme.
- Démontrer l'intérêt du port des bouchons à oreilles personnalisés pour protéger l'ouïe des agressions sonores inhérentes aux postes de travail.

► OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Élaborer une carte des bruits dans les divers secteurs de production.
- Faire prendre conscience des conséquences du bruit sur la santé.
- Échanger sur les conditions de pose et de port des bouchons à oreilles personnalisés.

Méthode et outils pédagogiques utilisés

Une réunion-débat a pour objet de sensibiliser les dix ouvriers à la prévention des surdités d'origine professionnelle durant une heure.

► PRÉALABLES À LA DÉMARCHE ÉDUCATIVE

- Contact avec :
 - les responsables des secteurs de production;
 - la médecine du travail : médecin, infirmier(e);
 - le CHSCT : animateur sécurité.
- Commande de brochures informatives éditées par l'INRS.
- Réservation et préparation de la salle de réunion avec rétroprojecteur et magnétoscope.
- Distribution des invitations aux ouvriers.

► OUTILS utilisés :

- Réalisation d'une affiche présentant :
 - la cartographie des bruits;
 - les répercussions sur l'organisme.
- Production de divers transparents pour rétroprojecteur.
- Cassette à visionner.

Réalisation de la démarche éducative

- Prise de contact avec les ouvriers;
- Diffusion du film pour amorcer une discussion.
- Rappel sur ce qu'est le bruit, son impact sur la santé.
- Débat sur les protections individuelles :
 - Quelles ont été les difficultés? pendant l'empeinte? au niveau de l'adaptation progressive?
 - Éprouvez-vous une gêne éventuelle?
 - Qu'avez-vous ressenti au moment de la pose continue des bouchons?

– Comment la communication s'est-elle engagée entre vous et les personnes ne portant pas de protection?

- Au bout de combien de temps avez-vous pu mettre les bouchons durant toute la journée de travail?
- Avez-vous ressenti des sensations d'inconfort : déséquilibre, isolement?
- Comment faites-vous pour nettoyer vos bouchons à oreilles?
- Où les rangez-vous?
- Quelles améliorations peut-on apporter?

Critères d'évaluation de la démarche éducative

- Présence des personnes invitées.
- Temps imparti respecté.
- Questions à partir de la projection du film.
- Visite une fois par semaine dans les ateliers pour observer le port des bouchons auriculaires.
- Quantifier les sorties des protections auditives du magasin.
- Effectuer des audiogrammes de contrôle : contact privilégié pour assurer un renforcement de cette action éducative.
- Rédiger un compte rendu de cette démarche éducative à soumettre aux responsables des secteurs de production, au médecin du travail et à l'animateur sécurité.

« Halte aux accidents de la route »

Mots-clés

Enfants, école maternelle, diapositives, application, flannellographe, prévention des accidents de la voie publique.

Présentation de la situation

Les données épidémiologiques indiquent la prévalence des accidents de la voie publique chez les enfants. En effet, un piéton sur six tués est un enfant, âgé de six à douze ans.

La directrice de l'école maternelle « Beurivage » inscrit dans ses projets santé la sensibilisation des enfants aux dangers de la route.

L'information est donnée aux enfants de 5-6 ans puisqu'ils quittent l'école maternelle pour entrer en école primaire. De plus, cette population ne reçoit pas les judicieux conseils de la prévention routière.

1. Analyser la situation et énoncer les facteurs de risque spécifiques aux enfants de 5-6 ans.

2. Formuler l'objectif éducationnel global.
3. Citer les objectifs intermédiaires et opérationnels.
4. Énoncer les méthodes et outils pédagogiques utilisés.
5. Présenter votre démarche éducative.
6. Noter les critères d'évaluation de votre projet.

Analyse de la situation

La directrice de l'école maternelle « Beaurivage » souhaite une information sur la prévention des accidents de la voie publique auprès des enfants de 5-6 ans.

Les facteurs de risque de ces jeunes enfants sont :

- envie de se défouler ;
- pas de notion du danger ;
- fatigue de la journée ;
- petite taille ;
- champ visuel étroit ;
- audition immature.

Formulation de l'objectif global

Identifier les principaux panneaux de signalisation situés sur le parcours du chemin de l'école par les enfants de 5-6 ans.

Objectifs intermédiaires et opérationnels

► OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES

- Faire la liste des personnes ressources pouvant intervenir auprès des enfants.
- Rencontrer l'institutrice et les enfants.
- Identifier la méthode et les outils adaptés à l'âge des enfants.
- Planifier un temps d'intervention avec l'institutrice et les enfants.
- Déterminer un parcours à proximité de l'école.

► OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Organiser la démarche éducative avec les personnes ressources et expertes retenues.
- Sélectionner les diapositives.
- Fabriquer les icônes du flannellographe.
- Expliquer aux enfants le projet.
- Organiser des sous-groupes de cinq enfants pour parcourir le trajet.
- Créer un diplôme remis à chaque enfant.

Méthodes et outils pédagogiques utilisés

- La première étape est le passage des diapositives avec explications par les gendarmes.

● La seconde étape est la sortie en sous-groupes, en terme d'application.

● La troisième étape est le regroupement des enfants pour renforcer les connaissances avec l'utilisation du flannellographe et répondre à leurs questions.

Réalisation de la démarche éducative

Les enfants sont installés dans la salle de détente, assis sur des bancs, des chaises ou des poufs.

Leur attention est retenue déjà par l'uniforme des gendarmes, et les divers commentaires des diapositives qui défilent pendant une demi-heure.

La classe est répartie en sous-groupes pour effectuer un circuit avec un accompagnateur : institutrice, gendarme, étudiants infirmiers.

Les dangers sont repérés, les panneaux identifiés et commentés. Au retour, l'utilisation du flannellographe permet de vérifier si l'enfant a bien compris le sens des panneaux en les affichant sur le support. À la fin de l'intervention, chaque enfant reçoit un diplôme et un album à colorier à la maison, des brochures explicatives sous forme de BD.

Critères d'évaluation

- Participation de l'enfant.
- Attention portée au cours des diverses phases du projet.
- Reconnaissance des panneaux.
- Suivi et contrôle des albums à colorier.

« Sébastien, le basketteur »

Mots-clés

Éducation à la marche avec cannes, protocole éducatif aux blessés porteurs d'un plâtre.

Présentation de la situation

Vous accueillez Sébastien, âgé de 15 ans, accompagné par sa maman à la consultation de chirurgie. Souffrant d'une entorse à la cheville droite, consécutive à une chute brutale en jouant au basket, un pansement compressif a été confectionné.

À son appel, d'une marche hésitante avec ses cannes, il se dirige et s'installe sur la table d'examen où le médecin décide la pose d'un plâtre.

L'infirmière vous charge d'expliquer le protocole de la surveillance d'un plâtre.

Bien qu'ayant interrompu toute activité sportive, Sébastien poursuit ses études au lycée.

1. Analyser la situation.
2. Formuler l'(les) objectif(s) global(aux) éducatif(ionnel(s)).
3. Énoncer la méthode et les outils utilisés.
4. Présenter votre action éducative.
5. Noter les critères d'évaluation de votre action éducative.

Analyse de la situation

- **Prise en charge** de Sébastien âgé de 15 ans en consultation de chirurgie en cours de soins pour une entorse de la cheville droite.
- **Après la pose d'un pansement compressif**, le médecin confectionne un plâtre.
- Sébastien poursuit ses études et sa marche avec cannes est hésitante.

Élaboration des objectifs globaux éducationnels

- **Énoncer les conseils de surveillance** du plâtre.
- **Encourager Sébastien à marcher en toute sécurité** et confiance avec ses cannes.

Méthode et outils pédagogiques utilisés

- **ENTRETIEN** avec Sébastien :
- Explication et application de la marche avec cannes.
- **Lecture du protocole** relatif à la surveillance du plâtre.

Réalisation de la démarche éducative

- **MARCHE AVEC CANNES** : décomposition de la marche en plusieurs étapes :

- appui sur les cannes placées en avant ;
- avance du membre blessé en premier ;
- appui fort sur les cannes ;
- et avance du pied valide.

- **LECTURE DU PROTOCOLE** de la surveillance du plâtre :

- **Laisser sécher le plâtre** durant 48 heures :
 - pas de choc ;
 - pas de marche ;
 - pas d'appui.
- **Dormir le membre surélevé**, un coussin sous la jambe.
- **Signaler immédiatement au service de consultations de chirurgie** toute anomalie :
 - fourmillement, impression de membre mort ;
 - gonflement ;
 - douleur précise ;
 - plâtre cassé.
- **Respecter la prescription médicale**
 - ne pas marcher sur le plâtre sauf avis formel du médecin ;
 - médicament éventuel.

Critères d'évaluation

- **Tester la compréhension** de la marche avec cannes en observant celle-ci.
- **Être à l'écoute** de questions éventuelles.



Bibliographie

de la deuxième partie

- COTTE M., SCHOONBROODT C. *Guide pratique d'éducation pour la santé*. De Boeck Wesmael, Paris, 1992, 296 p.
- DE LA GARANDIERE A. *Pédagogie des moyens d'apprendre*. Centurion, Paris, 1990, 131 p.
- D'IVERNOIS J. F., GAGNAIRE R. *Apprendre à éduquer le patient*. Vigot, Paris, 1995, 189 p.
- GUILBERT J.-J. *Guide pédagogique pour les personnels de santé*. OMS, Genève, 1990.
- MAGNON R., DECHANCOZ G. *Dictionnaire des soins infirmiers*. Amiec, Lyon, 1995, 371 p.
- MÉRIEU P. *Apprendre... oui, mais comment?* ESF, Paris, 1990, 192 p.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ, DIRECTION DES HÔPITAUX. *Les soins de santé primaire en institution... un pari à gagner*. Direction des Journaux Officiels, Paris, 1990, 263 p.
- OMS. *Si vous êtes chargé de...* OMS, Genève, 1993, 488 p.
- ROCHON A. *L'éducation pour la santé*. Agence d'Arc, 1988, 450 p.
- SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SANTÉ PUBLIQUE. *Promotion de la Santé, des politiques, des métiers, des vécus*. Bialec S.A., 1995, 193 p.
- SOUBIE R., PORTOS J.-L., PRIEUR C. *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie*. Documentation française, Paris, 1995, 557 p.

Troisième partie

**INITIATION
À LA RECHERCHE**

Avertissement

Dans quel sens un texte de quelques pages peut-il proposer d'offrir une introduction à la recherche ?

Il est évident qu'un tel texte ne peut présenter l'ensemble des connaissances permettant de définir un problème de recherche et de travailler à sa solution : une encyclopédie serait nécessaire.

Il ne peut offrir l'ensemble des connaissances méthodologiques dont un chercheur peut avoir besoin. Vous ne trouverez donc pas d'indications permettant de savoir comment observer, interroger, faire une enquête, faire une analyse de contenu... Vous ne trouverez pas, non plus, des formules statistiques et des détails de traitements des données... De très nombreux ouvrages bien conçus sont à même de vous satisfaire sur ces sujets.

De même que ce texte ne propose nullement un panorama de techniques de recherche, il exclut un bilan des recherches publiées dans le domaine des soins.

L'exposé, ici proposé, est une sensibilisation à la recherche. Les lignes qui vont suivre vous proposent d'explorer la démarche par laquelle le chercheur met en œuvre les connaissances dont il dispose pour parvenir à étayer sa recherche. L'étudiante en soins infirmiers devra considérer cet écrit comme un simple guide destiné à faciliter l'accès à ces notions fondamentales, loin d'épuiser un sujet aussi vaste que traditionnel; donc, si elle s'intéresse à ce domaine, l'acquisition autonome d'un complément d'informations bibliographiques s'avère nécessaire.

Enfin, la conception de la recherche, ici présentée, n'engage que moi. L'étudiante en soins devra se souvenir qu'elle peut rencontrer des vues différentes.

Hidden page

Hidden page

que soigner un malade, c'est s'appliquer à donner correctement les soins prescrits par les médecins.

Avec la médicalisation des soins, le rôle technique s'est épanoui, rôle dont l'infirmier(e) tire un grand prestige. Ce rôle de l'infirmier(e), auxiliaire du médecin, teinte encore aujourd'hui fortement l'esprit professionnel.

Jusqu'aux années 1968-1970, la référence aux qualités morales (qualité de cœur et d'esprit, vocation) et techniques (habileté gestuelle) était la base du modèle de la « bonne » infirmière. La prestation offerte, confuse et équivoque, n'est aucunement identifiée.

La double appartenance de la pratique infirmière, à la fois héritière du modèle religieux et soumise au modèle médical, marquera profondément l'identification infirmière. Elle doit :

- savoir se servir de la technique médicale dans la limite des prescriptions qui lui sont faites ;
- savoir concilier la résolution des problèmes humains sans autre ressource que la morale professionnelle.

Si ce système produit des femmes dévouées et vertueuses, il n'est pas particulièrement propice au développement de la recherche.

► **POURTANT, IL Y A UNE VINGTAINE D'ANNÉES**, le terme de « recherche » commence à être utilisé par les infirmier(e)s. Depuis, la « recherche infirmière » tente de se frayer un chemin. C'est au seuil de cette démarche incertaine que cette interrogation prend sa place.

En effet, si le mot recherche apparaît actuellement un peu partout, cette appellation regroupe un ensemble de travaux hétérogènes. Et surtout, lorsqu'il s'agit d'initiation à la recherche, une grande confusion règne chez les infirmier(e)s : elles réduisent initiation à la recherche à l'apprentissage de la méthodologie ; et même, à une méthodologie extrêmement restreinte : le questionnaire ou l'entretien. En conséquence, de nombreuses questions fondamentales sont évitées. S'il est souhaitable que l'infirmier(e) développe une connaissance de soi par rapport à sa pratique, il en est de même quand elle commence une recherche. Que représente cette recherche pour elle ? Comment et jusqu'où va-t-elle s'impliquer ?... Mais la question, pourtant essentielle, la moins abordée par l'infirmier(e) (pour ne pas dire jamais) est : qu'est-ce que la recherche ?

C'est cette question que ce texte vous propose d'examiner.

Bibliographie

AMIEC. *Les cahiers de l'AMIEC*. Rédaction : 162, av. Lacassagne, 69424 Lyon Cedex 03.

ARSI. *Recherche en soins infirmiers*. Mallet Conseil, 2, place Antonin Jutard, 69003 Lyon.

COLLIÈRE M.-F., tous ses écrits.

GRASI. *Recherche en soins infirmiers*. Rue Guimard 1, B1040, Bruxelles, Belgique.

HAMILTON A. (Préface) I-IV, in : LUCKES, E., *Manuel de la garde-malade*. Vigor Frères, Paris, 1904, 315 p.

HAMILTON A., FORSANS J. *Florence Nightingale. La Cause*. Paris, 1935, 212p.

HAMILTON A., REGNAULT F. *Les gardes-malades. Soins*, tome 22, 15, 16, 23, 24 ; tome 23, 5, 15, 16, 20, 1977.

HENDERSON V. *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. ICN, Genève, 1977, 62 p.

KÉROUAC S. (dir). *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. Maloine, Québec, 1994, 162 p.

LETOURNEAU D. *Recherche Infirmière? Soins-Pédagogie-Formation*, 14, 2^e trimestre, 1995, 4-48.

NOUVEL BAURES C. *Infirmières au futur antérieur*. Auto-édition, Versailles, 1995, 206 p.

PEPLAU H. *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. InterÉditions, Paris, 1995, 325 p.

Recherche

Qu'est-ce que la recherche ?

Le *Grand dictionnaire encyclopédique Larousse* nous présente sept points de définition :

1. Action de chercher quelque chose ou quelqu'un que l'on sait ou suppose exister, mais dont on ignore où il se trouve exactement.
2. Action de chercher à obtenir, à se procurer ce que l'on désire, que l'on estime nécessaire de posséder.
3. Action de chercher à découvrir quelque chose, à parvenir à une connaissance nouvelle par un effort, un travail plus ou moins systématique.
4. Ensemble d'études et de travaux menés méthodiquement par un spécialiste, un artiste... et ayant pour objet de faire progresser la connaissance.
5. Ensemble des activités auxquelles se livrent les chercheurs.
6. Organisme de recherche scientifique.
7. Souci de se distinguer du commun, se manifestant par un raffinement extrême, dans les manières, la toilette...

En lisant cette très large définition, deux attitudes sont possibles :

- d'une part, la tentation peut être grande d'appeler recherche la moindre réflexion sur un problème ou la moindre démarche qui consiste à rechercher quelque chose ;
- d'autre part, le stéréotype de la recherche peut être conforté : activité difficile, faisant appel à un système de pensée différent de la pensée commune et utilisant des techniques complexes.

À quoi aboutit la recherche ?

La recherche a pour fonction de produire des connaissances.

Un problème qui intéresse tout homme est celui de comprendre le monde. Les mythes, les légendes,

les croyances, les métaphores... témoignent de cet effort de l'homme à rendre compte des phénomènes ordinaires (le jour, la nuit, les saisons...), extraordinaires (les tremblements de terre, les éclipses...), énigmatiques (les corps célestes, les étoiles, le soleil...), menaçants (le tonnerre, la foudre...), etc. La variété des explications dévoile une très grande richesse imaginative et donne à celui qui s'interroge le sentiment d'avoir acquis une certaine compréhension et, en ce sens, répondre à ses questions. Ces connaissances, bien que très variées, sont en général peu systématiques et peu vérifiables.

La recherche scientifique¹ a pour fonction de produire des connaissances, mais des connaissances vérifiées.

L'image commune de la science présente son aboutissement comme susceptible de conduire à des découvertes fondamentales, inattendues et totalement sûres. Une part de vérité existe dans cette image, mais une petite part seulement. Si l'activité de recherche exige d'acquérir des connaissances approfondies du secteur sur lequel on travaille, de développer un sens critique plus quelques idées originales et fécondes (si possible), elle consiste aussi, pour une très large part, en des tâches quotidiennes nécessitant surtout une longue patience ; elle aboutit, sauf exception, à des résultats ne représentant que des progrès modestes par rapport aux connaissances antérieures, ne permettant d'avancer que d'un pas dans une voie déjà orientée par d'autres, et surtout, pouvant être remise en cause à tout moment.

1. Que la recherche scientifique fasse l'objet essentiel de ce texte est à considérer comme un biais lié à la dimension de cet écrit. Tout en ayant conscience de l'extrême limitation de ce choix, appréhender la recherche en l'introduisant ainsi paraît plus facile et plus neutre. Mais toutes les formes de recherche méritent la même attention.

► **LA CONNAISSANCE** peut donc schématiquement s'aborder de deux façons :

- **En considérant le problème de la connaissance ordinaire** (ou connaissance du sens commun).
- **En considérant le problème de la connaissance scientifique.**

Pour la connaissance du sens commun, une des manières de croître est précisément de se muer en connaissance scientifique.

En outre, l'étude de la connaissance scientifique s'avère plus facile que l'étude de la connaissance du sens commun, car elle est, pour ainsi dire, la connaissance du sens commun écrite en gros caractères et ses problèmes sont des problèmes élargis de la connaissance du sens commun. C'est pourquoi le paragraphe suivant abordera un début de questionnement sur la science dont le chapitre 18, par un exemple, en concrétisera la mise en œuvre.

Science

Qu'est-ce que la science ?

L'époque moderne tient la science en haute estime. Chercher à savoir « scientifiquement », c'est chercher à recueillir des informations aussi sûres que possible sur des faits qui concernent le monde qui nous entoure. Le chercheur s'attache particulièrement à évaluer le degré de certitude des informations qu'il recueille sur son objet de recherche. La vérification des informations recueillies au cours de l'exploration de l'objet s'avère donc être essentielle. C'est pourquoi l'observation naïve ne suffit pas au chercheur, il devra mettre en œuvre des stratégies particulières. Si, suivant le type de recherche souhaité, les modalités de ces stratégies exploratrices vont prendre des allures variées, il est nécessaire de s'arrêter sur les deux processus généraux que sont la perception et la méthode.

Perception

- **Premier exemple**¹. L'époque actuelle nous sensibilise beaucoup à l'énergie nucléaire. Mais comment constater la désintégration d'un atome d'uranium ? Une des méthodes consiste à observer les traces des trajectoires laissées par les particules sur une plaque photographique.
- **Deuxième exemple**. Pour connaître la température d'une pièce ou d'un malade, il nous suffit de regarder un thermomètre.
- **LA PERCEPTION SENSIBLE** nous permet d'avoir accès aux informations. La science fait appel à l'observation et à la mesure ; même réalisées au

moyen d'instruments très performants, toutes deux seraient impossibles sans sensibilité perceptive.

Mais, maints exemples prouvent ses limites, parmi les plus classiques : le Soleil tourne autour de la Terre : comment nier une telle évidence ? Tout le monde peut « voir » que le Soleil tourne autour de la Terre. Étayée sur une mentalité anthropocentriste certaine, mais appuyée par la perception, la réalité était ainsi perçue : la Terre était le centre du monde et le Soleil tournait autour. Les intéressants travaux des historiens et des sociologues des sciences montrent la difficulté d'aller contre une telle certitude.

Méthode

- **Voici un exemple**² (figure 16.1). Les anciens Égyptiens connaissaient déjà certains cas privilégiés du théorème de Pythagore.

Dans cet exemple, l'existence d'un ou plusieurs phénomènes est simplement constatée, une relation de « cause à effet » peut être implicitement suggérée, mais il n'y a aucun essai d'explication théorique permettant de généraliser ces phénomènes.

Deux questions

Les limites de la perception et les artefacts créés par la méthode entraînent deux questions :

- **Y a-t-il plusieurs façons d'explorer un objet ?** Si oui, quelle est la meilleure ?
- **Comment sont extraits les liens susceptibles d'être établis entre les faits ?**

1. L'exemple est emprunté à VIRIEUX-RAYMOND, 1966, page 9.

2. *Id.*, page 9.

Hidden page

Hidden page

► **UN PHÉNOMÈNE EST EXPLIQUÉ** si on peut le déduire de la composition de deux ensembles de données :

- **Premièrement**, les lois générales qui régissent ce phénomène.

- **Deuxièmement**, les conditions particulières dans lesquelles ce phénomène est apparu.

► **PAR EXEMPLE**¹ : le but de la physique est d'établir des lois et des théories très générales qui soient applicables au monde. Ainsi, on peut expliquer la chute d'un objet en la déduisant :

- **De lois générales** : les lois de la mécanique et de la gravitation.

- **De conditions particulières** dans lesquelles cette chute s'est produite : le poids de l'objet, le fait qu'il n'était plus supporté...

Quels sont les présupposés et les mécanismes de la pensée mis en œuvre dans cette démarche ?

Présupposés

La science n'est pas un système d'énoncés certains ou bien établis; elle n'est pas non plus un système qui avance fermement vers un état définitif. Si la science n'est pas sans savoir, elle ne peut, non plus, jamais prétendre avoir atteint la vérité, ni même un substitut de la vérité.

La seule certitude consiste à prendre conscience que nous pouvons seulement faire des propositions, c'est-à-dire conjecturer, et que ces conjectures sont guidées par une foi non scientifique, métaphysique, en des lois, en des régularités que nous pouvons dévoiler. Cette foi s'établit sur deux conceptions : la confiance dans la régularité des phénomènes et la confiance dans notre intelligence à comprendre ces phénomènes.

► **AUTREMENT DIT, NOUS CONSTRUONS LA SCIENCE SUR DES PRÉSUPPOSÉS** dont :

- **La régularité**. La régularité entraînant la prédictivité, c'est-à-dire que les événements et les relations existant aujourd'hui existeront encore demain.

Exemple : si nous laissons tomber un verre, il se cassera. Si nous critiquons telle personne, elle se vexera. Malgré tous les changements existants, certains phénomènes paraissent rester constants. La connaissance scientifique est une systématisation de cette croyance dans la stabilité du monde, et cette stabilité est une condition pour pouvoir prévoir et agir : quand on parle du succès de la physique, c'est au succès de ses prédictions que l'on pense. C'est donc un pari implicite qui assure que les phénomènes obéissent toujours aux mêmes lois. Cette régularité des lois permet la recherche scientifique.

- **L'explicabilité**. L'explicabilité sous-entend que le monde est explicable. Plus exactement que nous sommes capables d'expliquer et de comprendre le monde. La pensée révélerait la présence de lois et de règles à partir desquelles elle établit des diagnostics affirmant l'existence d'une relation entre éléments (de causalité, de ressemblance...).

Déoulant de la régularité et de l'explicabilité, l'a priori selon lequel tout phénomène a une cause est introduit, de même que la relation de cause à effet. Cette vision linéaire a dominé la pensée dans de nombreuses sphères d'activités. Les infirmier(e)s n'ont pas échappé à cette influence. Cependant, ce qui est relatif à la santé dépasse la linéarité. C'est pourquoi d'autres courants de pensée ont pu très vite influencer la connaissance de cette jeune discipline, tels que l'interactionnisme, la systémique... C'est ainsi que les infirmier(e)s considèrent la personne dans sa globalité, en interaction avec son environnement et vivant des expériences de santé.

Mécanismes de pensée

Les mécanismes de pensée mis en œuvre ne sont pas équivalents.

En reprenant l'exemple du verre : le verre tombe car il obéit à deux sortes de lois :

- les lois générales de la mécanique et de la gravitation qui s'appliquent à **tous** les objets, dont celui-ci;

- les conditions particulières qui font référence à **cet** objet précis (son poids, sa nature, le sol sur lequel il tombe...), et de cet objet nous allons déduire la même chose pour tous les objets dans les mêmes conditions.

Ceci permet de différencier les trois types de démarches scientifiques : l'induction, la déduction

1. L'exemple est emprunté à MATALON, 1988, page 127.

et l'abduction. Nous ne parlerons que de l'induction et de la déduction.

Induction

L'induction se caractérise par le passage du particulier au général. On fait une loi générale de ce qu'on a constaté dans un ou plusieurs cas.

L'induction est la manifestation d'une propriété de l'intelligence : la capacité de remarquer les ressemblances et les différences. La connaissance commune procède très souvent de cette façon, d'ordinaire avec grand succès.

Certains épistémologues estiment que les sciences empiriques reposent sur des démarches inductives qui ne se distinguent de celles dont use la connaissance commune que par davantage de rigueur et de méthode.

Déduction

La déduction se caractérise par le chemin inverse de l'induction : on va de l'universel au singulier. De la loi générale est déduit le cas particulier. Ce raisonnement est considéré comme le seul rigoureux.

Mais les propositions de ce raisonnement, étant souvent obtenues par induction, les conclusions héritent du caractère hypothétique (démarche hypothético-déductive).

Exemple¹

● Déduction

- règle : toutes les boules de cette urne sont blanches (A);
- cas : ces boules viennent de cette urne (B);
- conséquence : ces boules sont blanches (C).

● Induction (correspondant à la permutation BCA) :

- ces boules étaient dans cette urne;
- ces boules sont blanches;
- toutes les boules sont blanches.

Bien entendu, seul le premier de ces raisonnements est valide. S'il est utile dans un but didactique de distinguer ces deux démarches, en réalité, elles sont intimement liées.

Comment une théorie peut-elle être acceptée comme théorie scientifique ?

Bien que le vieil idéal du savoir scientifique absolument certain, vérifiable et démontrable se soit révélé être une illusion, nos conjectures sont contrôlées. Nous naissons dans un environnement épistémologique où existent déjà de nombreuses connaissances et diverses méthodes pour les produire, les étendre et les améliorer. C'est ce capital culturel qui érige les normes et qui est en mesure d'évaluer les recherches proposées. Il n'y a ni méthode, ni norme universelle, mais il existe des normes historiquement contingentes, implicites dans les pratiques qui mènent à la réussite : tout n'est pas permis dans le domaine de la recherche. La nature du savoir scientifique, les mécanismes de sa validation par le raisonnement et l'observation changent au fil de l'histoire. Pour la comprendre et l'identifier, nous devons analyser les instruments intellectuels et techniques dont disposent les scientifiques dans un contexte historique particulier.

Une théorie est acceptée comme théorie scientifique non parce que des chercheurs ont choisi d'y croire, mais parce qu'elle s'intègre dans le processus continu de la production de connaissances. Cette discussion peut s'étayer sur diverses notions telles que le critère de démarcation. Le critère de démarcation (ou de falsifiabilité) proposé par Popper demeure au centre d'une discussion épistémologique enrichie par l'apport des historiens et des sociologues des sciences.

Dans la mesure où les critères sont des produits sociaux, les conclusions de la science ne sont pas simplement déterminées par la nature du monde physique (voir l'exemple du Soleil qui tourne autour de la Terre, page 97).

► EN RÉSUMÉ, deux remarques peuvent être faites :

● La science est faillible, non définitive, sujette à révision.

● Il peut y avoir dans la science des épisodes dont l'issue est déterminée par des facteurs sociaux ou politiques extérieurs à la science.

1. L'exemple est emprunté à BOUDON, 1990, page 117.

Méthode

Nécessité de la méthode

Toute science vise à établir le « vrai ».

Même si les explications données par les mythes, les croyances... contentent une grande partie de la population, elles ne se conforment pas au but de la science. La science se caractérise par le souci de la preuve; la science **montre**, elle ne démontre pas.

► **LES EXPLICATIONS SCIENTIFIQUES** doivent systématiquement satisfaire à deux exigences :

- L'exigence de la pertinence dans l'explication.
- L'exigence de testabilité.

Ce sont ces principes qui garantissent l'« objectivité » scientifique. Les hypothèses et les théories peuvent être inventées et proposées très librement, mais elles ne sont admises dans le corps de la connaissance scientifique que si elles subissent avec succès un examen critique, qui comprend notamment la mise à l'épreuve de leurs implications vérifiables après une observation ou une expérimentation rigoureuse.

► **PREMIER EXEMPLE**¹. Un astronome, contemporain de Galilée, voulait prouver que ce que Galilée prétendait voir dans son télescope était faux : Jupiter ne pouvait avoir de satellite. Il avançait l'argumentation suivante :

« Il y a sept fenêtres dans la tête : deux narines, deux oreilles, deux yeux et une bouche. De même, dans les cieux il y a deux astres favorables, deux défavorables, deux luminaires, et Mercure seul, indécis et indifférent. De cet état de fait et de bien d'autres phénomènes semblables de la nature, tels les sept métaux, etc., qu'il serait fastidieux d'énumérer, nous concluons que les planètes sont nécessairement au nombre de sept. De plus, les satellites ne sont pas visibles à l'œil nu, ils ne peuvent, par conséquent, avoir aucune influence sur la Terre, ils seraient, par conséquent, inutiles et, par conséquent, ils n'existent pas. »

Les « faits » allégués sont sans aucun rapport avec le problème et ne fournissent pas la plus petite raison de supposer que l'existence (ou l'absence) des satellites de Jupiter : ce raisonnement est d'une faiblesse évidente.

► **DEUXIÈME EXEMPLE**². L'arc-en-ciel se produit par la réflexion et la réfraction de la lumière blanche du soleil dans des gouttelettes d'eau sphériques. D'après certaines lois de l'optique, on peut prédire l'apparition d'un arc-en-ciel si deux conditions sont réunies :

- quand des gouttelettes d'eau forment une brume;
- et qu'une forte lumière blanche venant de derrière l'observateur les illumine.

L'information fournie par cette explication physique donne de bonnes raisons d'attendre l'apparition d'un arc-en-ciel, si ces conditions sont respectées. Cette explication physique satisfait à l'exigence de pertinence dans l'explication, nous sommes autorisés à dire : voilà l'explication. Le phénomène en question devait, doit et devra être attendu dans ces conditions.

Cette explication physique fournit les conditions de l'apparition de l'arc-en-ciel et possède des implications variées vérifiables : les embruns d'une vague se brisant sur les rochers, la bruine au-dessus d'un jet d'eau de jardin... Ces illustrations sont le support de tests empiriques auxquels doivent pouvoir se prêter les propositions constituant une explication scientifique. De ce fait, la seconde condition de testabilité est remplie.

► **CES DEUX EXEMPLES MONTRENT** qu'une fois adopté le but de la science, la validité de l'explication des phénomènes n'est plus une question d'appréciation subjective. Pour obtenir la pertinence et la testabilité d'une explication, des méthodes normées seront employées. Les mathématiciens grecs, qui distinguaient l'analyse et la synthèse, savaient déjà qu'il n'y a pas de science sans méthode.

Trois approches méthodologiques

Les connaissances infirmières subissent l'influence des grands courants de pensée. L'objet d'étude, les convictions et la formation de la personne qui

1. L'exemple est emprunté à HEMPEL, 1972, page 73.

2. *Id.*, pages 75-76.

cherche détermineront un choix méthodologique. Choisir une méthode est bien plus qu'un choix technique et, dans chaque situation particulière, c'est le souci de la preuve, concrétisée de diverses manières, qui oriente le choix de la méthode.

Il est classique de distinguer trois sortes d'approches méthodologiques : l'approche expérimentale, l'approche clinique et la recherche-action.

Démarche expérimentale

Pour certains scientifiques « durs », seule l'expérimentation est, par excellence, la méthode scientifique. L'expérience est considérée comme le cœur de la démarche scientifique.

► **LA MÉTHODE EXPÉRIMENTALE AU SENS STRICT** est une démarche particulière visant à obtenir les preuves les plus convaincantes possibles. D'après certains auteurs, pour maîtriser les conditions et pouvoir les planifier en fonction des hypothèses mises à l'épreuve, le laboratoire est le meilleur lieu où les conditions sont réglées selon les besoins et les facteurs parasites éliminés. La règle d'or « toute chose égale par ailleurs » semble respectée. Par le contrôle de la situation de laboratoire, cette méthode est supposée garantir la validité des connaissances qu'elle permet d'atteindre ; prise comme référence, personne ne conteste plus sa légitimité. Cette démarche recouvre un ensemble de pratiques et de procédures, souvent solidaires, regroupées dans le célèbre schéma :

- 1-O : observation.
- 2-H : hypothèse.
- 3-E : expérimentation.
- 4-R : résultats.
- 5-I : interprétation.
- 6-C : conclusion.

Laboratoire, contrôle, intervention... semblent être parmi les mots-clés de cette démarche expérimentale et la classique opposition entre expérimentation et observation persiste.

► **CLAUDE BERNARD ÉCRIT** : « Où donc se trouve la distinction entre l'observateur et l'expérimentateur ? La voici : on donne le nom d'observateur à celui qui applique les procédés d'investigation simples ou complexes à l'étude de phénomènes qu'il ne fait pas varier et qu'il recueille, par conséquent, tels que la nature les lui offre. On donne le nom d'expérimentateur à celui qui emploie les procédés d'investigation simples

ou complexes pour faire varier ou modifier, dans un but quelconque, les phénomènes naturels et les faire apparaître dans ces circonstances ou dans des conditions dans lesquelles la nature ne les lui présentait pas. Dans ce sens, l'observation est l'investigation d'un phénomène naturel, et l'expérience est l'investigation d'un phénomène modifié par l'investigateur. »

Mais les oppositions expérimentation/observation sont-elles aussi tranchées ? La logique expérimentale ne peut-elle s'appliquer à des situations naturelles ? La logique de l'expérimentation est susceptible d'être appliquée à des situations très diverses, en particulier sur le terrain, même si certaines exigences imposent des renoncements conscients. Lorsque tout l'arsenal des techniques de laboratoire ne peut être utilisé (particulièrement dans les sciences humaines ou sociales, soit pour des raisons pratiques, soit pour des raisons éthiques), certains aspects du raisonnement ou, plus largement, l'état d'esprit de l'expérimentateur peuvent être gardés en référence soit en choisissant les observations à effectuer, soit en intervenant dans la réalité psychosociale.

Approche clinique

Pour un grand nombre de personnes, l'interaction singulière impliquant le chercheur et le sujet définit le principe de la recherche clinique : situation d'intersubjectivité à laquelle contribuent autant l'apport du chercheur que celui du sujet. Chaque démarche, totalement unique et originale, ne peut être comprise que par une intuition inanalysable et inexplicable. Cette approche ainsi définie, on comprend que certaines cliniciennes revendiquent le caractère non vérifiable (au sens entrevu précédemment) de leur démarche. Cette attitude inspire des méthodes (entretien, tests d'entretien, étude de cas...) qui rendent difficile une recherche vérifiable. La clinicienne cherche à comprendre des individus particuliers considérés dans leur totalité et leur singularité.

Se demander si ce principe sous-tend réellement l'approche clinique permet d'examiner une conception différente de cette approche :

1. Si un sujet ne peut être appréhendé que dans sa totalité, aucune intervention clinique n'est possible, car il n'existe aucune information exhaustive sur une personne.

2. Si chaque interaction avec un sujet est unique et originale, la clinique ne peut s'édifier, ni s'enseigner; la personne, même la plus expérimentée, reste une novice.

Donc, il est obligatoire :

1. Qu'il y ait des éléments informatifs et dissociables.

2. Que ces éléments soient reliés, même en partie seulement, par des associations relativement constantes.

3. Qu'à partir de ces éléments informatifs et des relations entre eux, un pronostic puisse être estimé.

Cette recherche tente de schématiser des profils d'observations paraissant déterminer le diagnostic, et plus récemment des modèles structuraux d'interaction ont été proposés.

L'approche clinique rigoureuse soulève des difficultés théoriques et pratiques aussi grandes que celle de l'approche expérimentale.

Recherche-action

Le concept de recherche-action est apparu il y a une cinquantaine d'années pour désigner une démarche originale. Pendant la Seconde Guerre mondiale, les pouvoirs publics américains cherchèrent à modifier les habitudes alimentaires de la population, pour pallier la pénurie de certaines denrées. L'originalité de la démarche, habituellement attribuée à Lewin et à Dewey, réside dans le fait que les pouvoirs publics firent appel à des chercheurs, non pour réaliser des enquêtes ou des analyses, mais pour que les chercheurs eux-mêmes se fassent les acteurs du changement, d'où un chercheur-acteur, une recherche-action. Pendant ces dernières décennies, ce type de recherche s'est beaucoup développé.

► **À L'ORIGINE**, le but de la recherche-action pouvait sembler très précis : transformer les comportements, les habitudes des individus ou des populations, améliorer les relations sociales, modifier les règles institutionnelles d'une organisation... pour assurer une meilleure adaptation ou

intégration des individus à leur environnement et une plus grande cohésion/et efficacité des institutions dans la poursuite de leurs objectifs. Elle pouvait apporter une aide car elle proposait :

1. De trouver un moyen pour atteindre le but fixé par un groupe en aidant à choisir entre plusieurs modes d'action pour atteindre les objectifs déterminés.

2. De vérifier si une action a atteint son but : contrôler les effets d'une action d'enseignement, de publicité...

► **POSITION DU CHERCHEUR**. Si dans la recherche traditionnelle, la position du chercheur n'est pas analysée, c'est qu'elle est « évidemment » bien définie : en principe, le chercheur doit rester extérieur à sa recherche et lui porter un regard neutre. Dans la recherche-action, la position du chercheur est ambiguë : la proximité de l'objet de recherche, la position des partenaires, leur implication... obligent à l'analyse constante et permanente des modes d'interaction réciproque entre les chercheurs, les praticiens et les populations ciblées. Déjà présentes dans le modèle originel, ces caractéristiques ont évolué vers une implication croissante des personnes concernées.

Comme dans la recherche clinique, cette position d'implication est chargée d'obstacles lourds de sens et entraîne la gestion de situations inconfortables.

Avec le foisonnement de pratiques et de recherches s'y référant, particulièrement dans les travaux infirmiers, cerner le concept de recherche-action par une définition qui respecte la diversité tout en soulignant les caractéristiques communes devient un défi.

La recherche-action serait une forme de réponse à des situations problématiques. C'est une étude qui, ayant un certain projet de changement, transpose des connaissances théoriques dans le milieu naturel étudié et en dégage des enseignements susceptibles de généralisation pour aboutir à la production d'un savoir théorique. Approche participante, elle se veut dépassement des contradictions qui opposent expérimentation et clinique.

Hidden page

Comment faire sa recherche bibliographique ?

Toute recherche est une argumentation à propos de l'objet étudié (voir page 93).

Le premier pas de cette démarche consiste en deux points très intimement intriqués :

- définir son objet de recherche (voir Chapitre 16);
- se documenter sur les connaissances concernant cet objet (voir Chapitre 16, pages 96-97).

Pour cela, le chercheur a besoin d'un ensemble d'éléments appartenant à sa panoplie constitué par la patience, la ténacité, le courage, la persévérance... (voir Chapitre 16, pages 96-97), car cette quête est longue. Pour ne pas se décourager rapidement, autant se munir de méthodes efficaces pour rentabiliser au maximum ses efforts.

Le but de ce chapitre est de vous aider à trouver quelques pistes, quelques idées de méthodes pour partir à la quête de l'information.

Buts de la recherche bibliographique

La recherche bibliographique initiale est un passage obligé dont la première étape aboutit à la **construction de l'objet d'étude**, c'est-à-dire à sa **définition** et à son **orientation** (voir pages 97 à 99). Autrement dit, le but de cette exploration initiale est de permettre de redéfinir les concepts et les termes utilisés. Il s'agit, par des jeux de langage, par la reformulation de l'interrogation, par l'utilisation d'expressions équivalentes ou synonymes... de construire un objet, un « réel » aussi convaincant que possible.

Cet inévitable début s'avère parfois difficile et coûteux en temps, en énergie et en argent. Il est souvent assez pénible à traverser, car très paradoxal : il faut se placer suivant un certain point de vue pour réunir une documentation complète avec un minimum de coût, mais ne faut-il pas déjà

être documenté pour adopter ce point de vue ? Dès lors, un incessant mouvement de va-et-vient, indispensable à la construction du sujet, va commencer et se poursuivre tout au long de la recherche.

S'arrêter sur ce moment et regarder ce qu'il s'y passe pourra clarifier son rôle. Il permet de :

Cibler le sujet

Par l'exploration des terrains voisins, c'est-à-dire les termes synonymes, des analogies, des sujets reliés..., ce travail permet de lever les ambiguïtés, de préciser, de reformuler, de mieux cadrer, de réduire un sujet trop vaste ou inversement d'élargir un sujet trop étroit. L'acquisition de cette souplesse facilitera la recherche de documents.

Cadrer le sujet

Cette exploration permet de se familiariser avec le courant de pensée dans lequel s'inscrit la recherche et de s'habituer au « langage » employé. Après les premières lectures, des discussions avec différentes personnes (son directeur de recherche, des collègues, des personnes ayant déjà travaillé ce sujet...), cette première approche permet de mieux cadrer les tenants et aboutissants du sujet.

Collecter les informations

Toute recherche commence par collecter le maximum d'informations sur le sujet auquel on s'intéresse afin de connaître ce qui a été écrit sur ce domaine, qui a déjà publié, où et quand (voir pages 97 à 99).

Attention ! Accumuler n'est pas élaborer. La recherche documentaire ne doit servir qu'à étayer la pensée, elle doit rester dynamique, ne pas se contenter d'être un catalogue ou un inventaire. Une attitude trop passive ne convient pas aux dépouillements bibliographiques. Lors de ce qui n'est encore qu'un cadrage du sujet, il convient de faire des lectures ouvertes, des sondages bibliographiques rétroactifs (du plus récent au plus ancien)...

Recherche de l'information

Supports de l'information

Le sujet énoncé, l'exploration commence pour connaître l'état des connaissances aujourd'hui produites à son propos. L'information se concrétise par différentes formes de supports : livres, articles, fascicules, photocopies, travaux tels que mémoires, thèses...

● **Les livres** sont intéressants pour débiter, pour avoir une vision globale d'un sujet. Mais, si on veut connaître l'avancement des travaux, les articles sont préférables et, de plus, un livre paru depuis plus de 10 ans peut, parfois, ne plus se trouver dans le commerce.

● **Les articles** font état des travaux plus récents et sont proches de l'actualité scientifique. Mais, à part quelques travaux fondamentaux, après 5 à 10 ans, un article est dépassé.

Lieux où trouver l'information

Les lieux stockant l'information sont les bibliothèques.

● **Commencer par la bibliothèque de votre établissement.** Son fonds documentaire est constitué de livres et de périodiques (journaux, revues, magazines...) très centrés sur la profession infirmière. Suivant sa richesse, elle contient parfois des ouvrages plus fondamentaux ; mais le domaine du soin est si vaste qu'il est pratiquement obligatoire d'avoir recours à d'autres sources pour étayer sa recherche.

● **Comme recours appréciables**, il y a les bibliothèques municipales, les centres régionaux de documentation pédagogique (CRDP), les bibliothèques universitaires ou spécialisées... Parmi celles-ci, il existe des bibliothèques de sections telles que celles de sociologie, philosophie, de linguistique, de science du comportement et de l'éducation... dont les fichiers sont consultables.

Chaque bibliothèque possède sa propre organisation. Ne pas oublier que tous les services administratifs possèdent également des services de documentation et d'information.

● **Quand les bases du travail sont ébauchées**, le sujet plus ou moins défini, la visite des lieux de recherche s'effectue de la périphérie immédiate jusqu'aux banques de données nationales et internationales (tout en essayant d'évaluer en cours de route les performances des différents outils, leur coût et les difficultés pour parvenir au document).

Où récolter des références

Pour partir à la quête de références, plusieurs façons de procéder sont possibles :

● **Souvent vous possédez déjà un ouvrage sur le sujet** (article, livre...). À la fin de ce document se trouve une liste de références bibliographiques dont l'auteur s'est servi. À partir de là, vous pouvez retrouver ses sources d'où vous tirerez d'autres sources, etc. L'inconvénient de cette pratique est que vous n'obtiendrez que peu de références récentes.

● **Une autre méthode plus systématique** consiste à consulter une banque de données. Elle vous fournira les parutions au cours des quelques années précédentes. Plusieurs banques de données existent sous forme de CD-ROM, la plupart multidisciplinaires (sociologie, linguistique, histoire des sciences, santé, éthologie, etc.) ; leurs sources sont variables (ex : soit de source américaine, SSCI, soit de source française, PASCAL, FRANCIS, MYRIADE...). Leur remise à jour est fréquente. Certaines banques présentent deux inconvénients : l'interrogation est payante, parfois relativement chère, et leur langage d'interrogation doit être connu par l'utilisateur.

● **La méthode la plus utilisée**, en toute première approche, consiste à fouiller dans les fichiers.

● **La méthode la plus efficace et la plus rapide** est de consulter la banque de données Medline par le biais d'Internet.

Comment fouiller dans les fichiers

Le début des années 90 a vu la généralisation de la recherche informatisée. Vous pouvez, à partir de l'ordinateur mis à votre disposition à la bibliothèque, faire votre exploration ; plusieurs possibilités sont offertes :

- par thème ;
- par mots-clés ;
- par auteur ;
- par titre...

► **LA DIFFICULTÉ DE L'INTERROGATION** est le choix des mots-clés :

● **D'une part**, il s'agit d'obtenir le maximum d'information sur le domaine exploré : les mots retenus couvrent-ils le domaine ? avez-vous pensé à tous les synonymes possibles ?

● **D'autre part**, il ne s'agit pas d'accumuler des milliers de références et de s'y noyer.

Hidden page

de données. À partir d'un tableur, il est possible de sortir des listes par numéro, par auteur...

► **LES OUTILS** pour pouvoir tirer le meilleur profit de toutes ces connaissances étant en place, à vous d'en faire quelque chose... Après avoir cherché, trouvé, lu, mémorisé, classé votre article, c'est à vous qu'il appartient de citer l'idée principale, la phrase originale, le mot-clé, c'est de votre responsabilité, il n'y a pas de règle préétablie.

Présentation d'une bibliographie

Ce paragraphe ne fait pas partie de la recherche bibliographique proprement dite, mais y est très relié. Les livres, les articles, les fascicules, les photocopies, les thèses... ne se présentent pas de la même façon. La mise en forme de la bibliographie est soumise à des normes. Il existe plusieurs systèmes de normes, dont certains sont internationaux : normes AFNOR NF Z 44-050, normes CRDP, normes APA (*American Psychiatric Association*)... Les normes varient légèrement en fonction du domaine de recherche, donc il suffit de s'y conformer.

► EXEMPLES

Voici 3 possibilités pour présenter un livre et un article.

Attention ! L'ordre de présentation est très important (nom de l'auteur, initiale du prénom, titre...). Regardez bien où sont placées les virgules, les majuscules, ce qui est souligné, ce qui ne l'est pas, ce qui est entre parenthèses, etc.

● Première possibilité

POLETTI, R., *Les soins infirmiers : théories et concepts*, Paris : Le Centurion, 1978, p. 134.

PEPLAU, H., « Leurs conceptions des soins infirmiers : les soins infirmiers en psychiatrie », *Soins*, n° 440, octobre 1984, pp.17 à 27.

● Deuxième possibilité

POLETTI (Rosette). – *Les soins infirmiers : théories et concepts*/Paris : Le Centurion, 1978. – 134 p. : (Infirmières d'aujourd'hui).

PEPLAU (Hildegard). – Leurs conceptions des soins infirmiers : les soins infirmiers en psychiatrie – *Soins* – n° 440, octobre 1984, pp.17-27.

● Troisième possibilité

1) POLETTI R. (1978) – *Les soins infirmiers : théories et concepts*, Paris : Le Centurion.

2) PEPLAU H. (1984) – « Leurs conceptions des soins infirmiers : les soins infirmiers en psychiatrie », *Soins*, 440, 17- 27.

Pour plus de précision, renseignez-vous auprès d'une documentaliste, d'une bibliothécaire... car ces normes changent avec le temps. En lui-même, le problème de ponctuation n'est pas vraiment important, mais ce qui est primordial, c'est que la présentation générale soit la même du début à la fin de la bibliographie¹.

Tous ces détails donnent l'impression d'une perte inutile de temps et vous vous dites que l'important ce sont les idées ! Savez-vous que la personne qui lira votre travail, commencera par consulter le sommaire, puis la bibliographie. Si les majuscules sont mises à tort et à travers, si les virgules ne sont pas à la bonne place, cela laissera une impression défavorable sur l'ensemble du document. Pour certaines personnes, cela devient presque emblématique. En revanche, une bibliographie bien présentée influencera le lecteur favorablement. Donc un conseil : armez-vous de patience.

► **PRÉSENTATION GÉNÉRALE.** Elle peut se faire :

- par ordre alphabétique ;
- par catégories de sources ;
- par catégories de périodes couvertes ;
- par catégories de thèmes traités ;
- etc.

À l'intérieur de ces rubriques, les références sont classées par ordre alphabétique.

Bibliographie

Cette partie a été élaborée à partir de documents non publiés, des discussions et conseils avec les bibliothécaires et de l'expérience personnelle.

BLANC A., DEMANGE B., documentalistes, ont élaboré plusieurs documents pour leurs étudiants.

DELUZARCHE F. *Comment faire sa bibliographie*. Brochure conçue pour la bibliothèque universitaire de Strasbourg, Strasbourg, 1995.

LINK-PEZET, J. *Enseignement universitaire : sources documentaires et recherche bibliographique*. Université de Toulouse-le-Mirail, Toulouse 1990-1991.

1. Les bibliographies composées par ailleurs dans cet ouvrage illustrent les normes de l'édition et de l'imprimerie (ainsi, entre autres, les majuscules sont remplacées par les PETITES CAPITALES, et le souligné par l'italique).

Hidden page

Précision des concepts

La deuxième étape consistera à préciser chaque concept.

Une exploration sémantique de chaque terme permet de relever tous les sens que ce terme recouvre. Au début, le moyen le plus simple est d'essayer de rassembler la plus grande diversité d'éclairages sur le sujet pour en brosser un panorama général. Une recherche bibliographique initiale est alors nécessaire.

Pour cela, l'infirmier(e) peut commencer par dresser une liste de tous les mots, expressions, notions... qui s'y rattachent à chacun d'eux, par *brainstorming*. Cette liste sera un point de départ, mais également un repère.

Par exemple, pour le mot « étranger », les dénominations dont est affublé l'« étranger » représentent un large éventail de termes : depuis la simple expression d'un fait jusqu'à des termes injurieux ou méprisants. Essayez seule ou en groupe, les résultats sont surprenants.

Ensuite, elle commence son exploration bibliographique.

Recherche bibliographique initiale

Se rendant à la bibliothèque la plus proche, celle de l'hôpital où elle travaille (si l'hôpital en possède une), ou celle de l'IPSI (si elle peut y avoir accès), ou la bibliothèque municipale, ou, si elle en a la possibilité, la bibliothèque universitaire..., elle fouille dans les fichiers.

L'écran du terminal lui propose plusieurs rubriques du type :

- AUTEUR;
- SUJET;
- MOT(S) RECHERCHÉ(S);
- MOT(S) DU TITRE;
- MOT(S) DU RÉSUMÉ;
- CODE;
- ANNÉE DE PUBLICATION ENTRE — ET —;
- ...

Dans la rubrique « MOT(S) RECHERCHÉ(S) », elle rentre le mot « étranger ». La rubrique « DOCUMENTS SÉLECTIONNÉS » peut lui proposer, suivant

la richesse de la bibliothèque, 500 références, 1 000 références, 2 000 références, ou plus.

► SE PRÉSENTENT PLUSIEURS ÉVENTUALITÉS

● Soit elle décide de prendre du temps pour examiner toute la liste et éliminer les références qui lui paraissent trop lointaines. Le choix d'une exploration vaste permet le contrôle de l'élimination des références. Ce tri sera donc un choix par élimination. Pour une première exploration, l'avantage d'un balayage systématique ouvert est à mettre en balance avec l'inconvénient de perte de temps.

● Soit elle décide de réduire sa demande par un des moyens proposés par l'ordinateur, c'est-à-dire en remplissant d'autres rubriques, par exemple « MOT(S) DU TITRE : étranger » et « ANNÉE DE PUBLICATION ENTRE 1990 ET 1997 ». Le nombre de documents sélectionnés va tomber de façon significative, puisqu'on ne lui proposera plus que 200 références. Cette fois, l'avantage du gain de temps est à mettre en balance avec l'inconvénient de la perte d'information.

Le tableau 18.1 compare différentes possibilités de choix.

Tableau 18.1. Les choix possibles.

	Nombre de références proposées	
	sans année	de 1990 à 1997
Mot(s) recherché(s)	1 859	643
Mot(s) du titre	752	254
Mot(s) du résumé	580	282

L'ampleur de l'exploration dépend uniquement de sa propre décision.

► **REMARQUE.** La perte de temps est une notion très relative : le parcours d'une liste de 2 000 titres pour aboutir à un premier tri demande environ quatre heures¹.

1. Les temps indiqués sont relatifs; ils sont donnés avec excès s'il s'agit d'une personne sachant manipuler les instruments.

D'emblée, certaines références pourront être écartées parce que le sujet traité ne semble pas directement en lien avec les préoccupations.

► **PAR EXEMPLE**

– HELVETIUS, Claude-Adrien, choix de textes et introduction par J.-B. Séverac, ..., Coll. (les grands philosophes français et étrangers) : l'ordinateur a retenu cette référence car le mot « étranger » était compris dans la partie « collection » de la référence. Mais, pour l'instant, cette référence ne nous concerne pas.

– CAMUS, L'Étranger... : l'ordinateur a retenu cette référence car le mot « étranger » était compris dans le titre. Bien qu'étant un grand classique, dans l'immédiat, cette référence peut être écartée.

– WALTER, Henriette, Dictionnaire des mots d'origine étrangère... : l'ordinateur a retenu cette référence car le mot « étranger » était compris dans une partie d'un mot du titre. Un ouvrage d'une considérable richesse à différer.

– BRIÈRE-CUZIN, F., Méthodologies touristiques : les techniques d'organisation des visites en France et à l'étranger... Le sujet ne paraît pas directement en lien avec nos préoccupations.

– MATOUK, Jean, Systèmes financiers français et étrangers... idem pour cet ouvrage.

► **D'AUTRES RÉFÉRENCES** sont facilement excluables car elles correspondent à des références audios :

– SERENY, Éva, L'étudiant étranger, bande originale du film...

– AZZOLA, Marcel, hommage à Édith Piaf, L'accordéoniste, La vie en rose, L'Étranger...

– ...

► **APRÈS CE PREMIER TRI PAR ÉLIMINATION**, la liste se sera considérablement réduite; mais, lors de cette opération, des perspectives insoupçonnées de l'emploi de ce mot auront été mises rapidement en lumière. Même sans tenir compte de toutes les références, ce balayage fait apparaître un vaste panorama sémantique de ce mot. Cet exercice aide à acquérir une souplesse d'esprit, car quel que soit le sujet, notre façon de percevoir est toujours trop en proie aux ornières de la monovalence. Sortir de notre cadre habituel de raisonnement s'avère extrêmement difficile (parfois même douloureux).

Au passage, reprenez votre liste de mots, expressions, notions associées... et complétez-la : elle sera nettement augmentée.

► **DANS LA LISTE DES RÉFÉRENCES RESTANTES**, l'infirmier(e) pourra examiner les titres, les sujets, les résumés... pour commencer à choisir les ouvrages qu'elle empruntera. La difficulté au cours de ces lectures est de ne pas perdre l'objectif : définir le mot « étranger ».

Attention ! Ne pas se laisser entraîner par des textes très intéressants qui éloignent du sujet, ce qui fait perdre du temps.

► **À PARTIR DE CE MOMENT**, mettre en œuvre la technique choisie de prise de notes pour mémoriser et stocker, au fur et à mesure, tous les éléments rencontrés aussi bien les éléments de contenu que ceux de références (voir Chapitre 17, page 109).

Durant cette période, les informations seront inscrites « en vrac » sans chercher à les classer, ni à les relier. N'hésitez pas ! Allez vers des pistes qui vous surprennent. Ne cherchez pas à être « raisonnable » ou « logique ». Le terrain est vaste, libre et sans risque. Glanez tout ce que vous pouvez. Vous ne risquez pas de vous perdre ou de vous noyer.

Des attitudes contraignantes peuvent vous freiner, par exemple : « quand on a commencé un livre, il faut le finir », « il faut commencer au début du livre et finir à la fin »... Donnez-vous la permission d'en faire fi !

Lors de cette exploration, seules comptent les définitions. Par exemple : environ les 10 à 15 premières pages des travaux de Michèle Tribalat sur l'immigration (1991, 1995, 1996) sont à retenir car différentes définitions y apparaissent, le reste de l'ouvrage peut rester provisoirement ignoré.

Attention ! Relever toujours les références avec exactitude (voir Chapitre 17, page 109), cette rigueur méthodologique est un investissement en temps et en confort.

► **APRÈS QUINZE JOURS À TROIS SEMAINES¹**, suivant votre moyen de prise de notes, vous pouvez être en possession de 50 à 100 pages d'idées très variées; une synthèse de votre recueil vous donnera une esquisse du tableau « étranger » : rassemblez les notions qui vous semblent équivalentes,

1. Voir note 1, page 111; ils prennent en considération le fait que la personne a une activité professionnelle.

Hidden page

c'est celui qui n'a pas été incorporé à la communauté politique par l'un des modes qui en ouvrent les portes : les liens du sang (*iūs sanguinis*) ou les liens du sol (*iūs soli*).

La législation française les conjugue ainsi depuis près de deux siècles, selon des « dosages » qui varient en fonction des circonstances économiques et des dominantes idéologiques.

● **Le droit revêt une double dimension**, en tant que reflet du social et que producteur du social. Wihtol De Wenden (1990) procède à un intéressant état des lieux de la manière dont la question des étrangers a été traitée dans le droit et la science politique.

Immigration

● **Une perception objective du phénomène de l'immigration** ne peut se faire en dehors de son contexte historique et de son cadre social. Il est à noter que les statistiques sont rarement neutres, qu'elles sont directement dépendantes des définitions, et les définitions reflètent les conceptions des auteurs, du milieu, du moment. De plus, le bon sens populaire a ses propres critères.

● **Voir les Définitions du Haut-Conseil** (1991).

● **Recensement.** Dans ce domaine, la principale faiblesse est sa nature déclarative : est étranger celui qui se déclare comme tel, d'où des erreurs intentionnelles ou non (Singer-Kerel, 1990).

● **Politique.** Banine (1968) soulève, entre autre, le problème du réfugié qui a dû quitter son pays pour des raisons idéologiques ou politiques et pour lequel, condamné à l'exil, le retour est interdit.

Langage

● **L'appartenance à une famille linguistique** apparaît comme une des « marques » essentielles qui désignent l'« étranger ». Les différences linguistiques ont une importance considérable.

● **Déjà, dans le monde gréco-romain**, l'étranger est référé à l'expression orale. Dans les universités du Moyen Âge, l'usage de la langue latine pour les leçons et les débats supprimait la barrière linguistique.

● **En Afrique**, dans une même ethnie, les relations se sont détériorées lorsque cette ethnie s'est trouvée partagée du fait des morcellements coloniaux, et que chacune des fractions s'est familiarisée avec la langue du colonisateur, français ou

anglais. À l'inverse, de multiples exemples montrent comment la communauté linguistique transcende les frontières politiques.

Sciences sociales

● **Lorsque l'on dit « l'étranger »**, on parle d'une relation sociale. En effet il s'agit de l'insertion d'éléments nouveaux dans un milieu social déjà existant (Breton, 1990).

● **Pour comprendre ce phénomène**, il faut prendre en compte aussi bien la population allogène que la population réceptrice. Dans cette relation, le degré d'asymétrie et d'ambivalence peut varier selon les circonstances ou selon les caractéristiques sociales des étrangers et/ou des membres de la collectivité d'accueil. L'importance des nombres relatifs, donc de la proportion de nouveaux venus par rapport au milieu récepteur, peut avoir un effet déterminant sur la relation entre les deux et son évolution.

Psychologie

● **L'étranger habite en nous** : il est la face cachée de notre identité. L'étrangeté commence par son exil intérieur. Symptôme, l'étranger commence lorsque surgit la conscience de ma différence et s'achève lorsque nous nous reconnaissons tous étrangers (Kristeva, 1988).

● **Chacun de nous s'est senti plus ou moins « étranger »** à sa « propre » place, et cet aspect du terme « étranger » conduit la personne à un questionnement concernant son identité sexuelle, nationale, politique, professionnelle...

● **Notre identité est composée d'une multitude d'« étrangers »...**

● **Position nécessaire du thérapeute en début et fin de la cure** : être étranger et redevenir étranger après résolution du transfert (Fédida, 1995).

Rencontre

● **Si l'étranger est l'autre, il n'apparaît que dans la rencontre.** Des isolés, sur des îlots, privés de tout rapport humain, ignoreraient qu'il y a des étrangers.

● **Certains auteurs** écrivent que la tolérance est une vertu tardive dans l'histoire des peuples et qu'elle implique un haut degré de culture. D'autres auteurs, au contraire, disent que certaines peuplades dites « primitives » sont très peu sensibles aux

Hidden page

Hidden page

Quatrième possibilité

● **Problème.** Dans ce service, une infirmière « étrangère » (c'est-à-dire, une nouvelle collègue vient d'être nommée). Sans que des problèmes se posent, une infirmière de l'équipe se demande comment est intégrée cette collègue dans son équipe.

● **Étranger :** la nouvelle collègue.

● **Accueil :** l'attitude de l'équipe vis-à-vis de cette collègue.

► **L'INFIRMIÈRE PEUT PROPOSER UN TRAVAIL** qui consiste, par une technique sociométrique (sociogramme, par exemple), à comprendre les relations qui s'établissent à un certain moment; à l'expliquer à l'équipe soignante; et ensemble, réfléchir au fonctionnement de l'équipe.

► **CE TRAVAIL** demande :

● **Le déploiement d'une grande diplomatie.**

● **La connaissance de la sociométrie.**

Ce travail peut se formaliser par un écrit. L'évaluation se fera par rapport à la réflexion, et, peut être, les modifications au sein de l'équipe qu'aura entraînées ce travail.

Cinquième possibilité

● **Problème.** L'infirmière se pose simplement le problème de la place de l'autre dans la relation de soin.

● **Étranger :** l'« autre » (au sens large).

● **Accueil :** l'attitude de « moi » par rapport à l'autre.

► **L'INFIRMIÈRE PEUT PROPOSER UN TRAVAIL** qui consiste, par une approche historico-philoso-

phique, à comprendre cette relation.

► **CE TRAVAIL** demande :

– une grande persévérance;

– des connaissances historiques et philosophiques sur ce sujet.

Ce travail peut se formaliser par un écrit. L'évaluation se fera par rapport à la réflexion.

Beaucoup d'autres possibilités et plein d'idées...

Ces exemples montrent comment à partir d'une même intuition, après réflexion, des problématiques différentes peuvent être mises à jour.

Quand le choix est fait, l'axe de travail déterminé, chacun des termes définis, le travail est alors fixé.

La ligne de conduite sera suivie tout au long de cette étude et servira à gérer la cohérence. Quelle que soit la discipline, il convient de cerner le sujet et de se donner les outils conceptuels nécessaires pour entreprendre la construction d'un travail.

L'infirmier(e) devra reprendre son exploration bibliographique, fondée sur la même technique que la recherche initiale mais en cernant de très près son sujet. Cette recherche bibliographique sera beaucoup plus approfondie et focalisée que la recherche exploratoire. Fouiller dans les fichiers ne suffira peut-être plus, elle devra consulter une base de données, élargir son périmètre de recherche (voir Chapitre 17, page 107) pour obtenir des articles plus spécialisés donc, souvent, moins facilement accessibles, utiliser les systèmes de prêt... Ce sera à elle d'évaluer le rapport de chaque opération.

Besoins pour une recherche

À partir de l'éclairage que l'infirmier(e) choisit, différents outils seront utilisés, soit des outils déjà existants, soit des outils construits pour le besoin. C'est pourquoi, la réflexion première est indispensable, elle ne peut être évitée.

C'est cette réflexion qui adapte les outils et les méthodes à l'étude, et non l'inverse.

La direction adoptée induira donc des besoins très hétérogènes.

Besoins en informations

Suivant le choix effectué, les besoins informatifs seront variables et variés.

Par exemple : entre la première possibilité (langue différente) et la troisième possibilité (comportement verbal) : bien que traitant toutes deux du langage verbal, ces options sont dissemblables et les besoins documentaires sur le langage seront distincts.

Durant l'élaboration de son travail, l'infirmier(e) prendra conscience que ces besoins ne se limitent pas à un apport de contenu sur le sujet traité. Mais qu'une réflexion et une information sur la méthodologie employée s'avèrent indispensables.

Par exemple : entre la première possibilité (langue différente) et la troisième possibilité (comportement verbal) : chaque étude emploie l'observation, mais cette observation ne sera pas identique. D'où la nécessité d'entamer une réflexion sur l'acte d'observation, de décrire la méthode d'observation et de montrer la pertinence de ce choix.

Besoins en temps

Les besoins en temps peuvent être extrêmement dissemblables.

Par exemple : le temps pour effectuer la première étude peut être très court, trois à quatre mois peuvent suffire; alors que la cinquième possibilité peut demander un travail sur plusieurs années.

Besoins en méthode

Les besoins en méthode font appel à un éventail très large de possibilités.

Par exemple : entre la troisième possibilité (comportement verbal) et la cinquième possibilité (l'autre). La cinquième possibilité demandera l'accès à certaines archives, donc il est préférable de connaître la technique de recherche dans les archives plutôt que celle de tests statistiques sophistiqués ou celle de la construction d'indicateurs langagiers; la troisième possibilité exigera l'inverse, l'habileté dans le maniement des statisti-

ques et dans la construction d'indicateurs langagiers plutôt que celle de l'accès aux archives.

Besoins en autres moyens

Les besoins en moyens divers sont également extrêmement variables. Suivant l'ampleur du travail, les besoins financiers, les besoins en personnel, les accès à certains lieux, les besoins en relations... sont à évaluer. Ils sont des facteurs importants à prendre en compte dans le choix initial.

Par exemple : entre la première (langue différente) et troisième (comportement verbal) possibilités et les deuxième (population X) et quatrième (nouvelle collègue) possibilités : les première et troisième possibilités peuvent être effectuées sans aide; dans les deuxième et quatrième possibilités, il paraît difficile de se passer de la participation de l'équipe.

Si, au bout du compte, le chercheur, et lui seul, est responsable de sa recherche, il peut consulter d'autres personnes et travailler en collaboration avec toute une équipe de spécialistes complémentaires. Il serait même prétentieux de vouloir faire absolument seul, surtout dans le vaste domaine du soin. Prétendre tout savoir est une utopie, la tendance à la multidisciplinarité se développe actuellement. Le soin est un terrain propice à une telle ouverture.

À l'infirmier(e) de gérer cette ouverture.

Conseil : le besoin le plus impératif est celui de trouver un bon directeur de recherche. Choisissez-le avec soin et sachez en user.

Projet de recherche

Après avoir réfléchi à tous ces problèmes, l'infirmier(e) peut présenter un projet de recherche.

Sa mise en forme variera suivant l'option désirée.

Mais de façon générale, il comprendra les parties suivantes :

- la conceptualisation du problème : spécifications du problème de l'étude, faire le point sur l'état des connaissances, définir le(s) modèle(s) théori-

que(s) adopté(s), formulation des hypothèses (s'il y a lieu);

- le choix de la stratégie de recherche (technique de travail : historique, expérimentale...);

- la planification opérationnelle (le calendrier des différentes étapes);

- les problèmes divers posés (éthique...);

- la bibliographie de référence.

Résultats

Chaque travail, chaque étude apporte ses éléments de réponse. La contribution d'un travail n'est pas en rapport avec son nombre de pages, mais son argumentation, directement appuyée sur la réflexion.

Le travail ne sera solide que si l'argumentation est étayée et chaque élément avancé avec précautions.

Souvent, à la surprise du chercheur novice, les résultats d'un travail ne sont que le départ de plusieurs autres études.

De ce fait, l'infirmier(e) fera progresser sa recherche étape par étape.

Bibliographie

- BONNAFOUS S., HERSZBERG B., ISRAËL J.-J. Sans distinction de... race. *Mots*, 33, 1992, 341 p.
- RANINE. *La France étrangère*. Éditions SOS. Desclée De Brouwer, Paris, 1968, 297 p.
- BRETON R. « Ouverture » in : SIMON-BAROUH I., SIMON P.-J. (éds), *Les étrangers dans la ville. Le regard des sciences sociales*. Éditions L'Harmattan, Paris, 1990, 5-12.
- COSTA-LASCoux J. La relativité des mots et la prégnance des faits. In : BONNAFOUS S., HERSZBERG B., ISRAËL J.-J., « Sans distinction de... race ». *Mots*, 33, 1992, 317-328.
- DUBOST J.-F. *Les étrangers en France. XVI^e siècle-1789*. Archives Nationales, Paris, 1993, 315 p.
- FÉDIDA P. *Le site de l'étranger. La situation psychanalytique*. Presses universitaires de France, Paris, 1995, 311 p.
- GARDES J.-C., PONCIN D. *L'étranger dans l'image satirique*. La Licorne, Poitiers, 1994, 321 p.
- GAUTEMEY J. L'étranger : de l'image au statut. In : LEQUIN Y., *La mosaïque France. Histoire des étrangers et de l'immigration*. Larousse, Paris, 1988, 15-58.
- HAUT-CONSEIL À L'INTÉGRATION. *La connaissance de l'immigration et de l'intégration*. La Documentation Française, Paris, novembre 1991, 1992, 146 p.
- HELLY D. Immigrants aux États-Unis, au Canada et au Québec : un schéma. In : SIMON-BAROUH I., SIMON P.-J. (éds), *Les étrangers dans la ville. Le regard des sciences sociales*. Éditions L'Harmattan, Paris, 1990, 234-265.
- HÉRITIER-AUCÉ F. Le regard de l'anthropologue. In : SIMON-BAROUH I., SIMON P.-J. (éds), *Les étrangers dans la ville. Le regard des sciences sociales*. Éditions L'Harmattan, Paris, 1990, 429-435.
- JOLY H. *La question des étrangers. Étude platonicienne*. Librairie Vrin, Paris, 1992, 124 p.
- KRISTEVA J. *Étrangers à nous-mêmes*. Fayard, Paris, 1988, 293 p.
- LARUELLE F. *Théorie des étrangers*. Éditions Kimé, Paris, 1995, 328 p.
- LEQUIN Y. (dir.). *La mosaïque France. Histoire des étrangers et de l'immigration*. Larousse, Paris, 1988, 479 p.
- LONIS R. *L'étranger dans le monde grec. Actes du deuxième Colloque sur l'étranger*. Nancy, 19 au 21 septembre 1991, Presses Universitaires de Nancy, Nancy, 1992, 331 p.
- SIMON-BAROUH I., SIMON P.-J. (éds). *Les étrangers dans la ville. Le regard des sciences sociales*. Éditions L'Harmattan, Paris, 1990, 435 p.
- SINGER-KÉREL, J. Immigration et statistique. In : SIMON-BAROUH I., SIMON P.-J. (éds), *Les étrangers dans la ville. Le regard des sciences sociales*. Éditions L'Harmattan, Paris, 1990, 197-210.
- TRIBALAT M. (dir.). *Cent ans d'immigration, Étrangers d'hier, Français d'aujourd'hui*. Presses Universitaires de France, Travaux et Documents, cahier n° 131, Paris, 1991, 301 p.
- TRIBALAT M. *De l'immigration à l'assimilation. Enquête sur les populations d'origine étrangère en France*. La Découverte, Paris, 1996, 302 p.
- TRIBALAT M. *Faire France. Une enquête sur les immigrés et leurs enfants*. La Découverte, Paris, 1995, 224 p.
- WIHTOL DE WENDEN C. Le droit et les sciences politiques en France. In : SIMON-BAROUH I., SIMON P.-J. (éds), *Les étrangers dans la ville. Le regard des sciences sociales*. Éditions L'Harmattan, Paris, 1990, 81-92.

Qu'est-ce que la « recherche infirmière » ? Qu'en est-il actuellement ?

Au terme de ce questionnement sur la recherche, la science et la méthode, regardons ce qu'il advient de la « recherche infirmière ». Ce terme de « recherche infirmière » possède, aujourd'hui, une résonance magique : beaucoup de personnes en parlent, mais aucun consensus ne permet de dire ce qu'il recouvre. Pourtant certains auteurs nord-américains écrivent que la recherche infirmière arrive à maturité.

En Amérique du Nord

Au cours de ces deux derniers siècles, la profession infirmière a évolué en fonction d'événements historiques et, particulièrement, des mouvements sociaux concernant les femmes. Les grands courants de pensée ont marqué les conceptions de la discipline infirmière. Ces conceptions ont également été influencées par la complexité et la multiplicité des situations de santé, les transformations sociales de la famille, des valeurs... Cette diversification a induit le besoin de clarifier la contribution de l'infirmier(e) aux soins de santé. Des théoriciennes, en particulier américaines, ont fait ressortir que quatre concepts (soin, personne, santé et environnement) sous-tendent les écrits infirmiers. Ils étaient déjà présents chez Nightingale en 1859. Mais ils ne sont pas spécifiques de la profession infirmière. Ce serait la manière dont l'infirmier(e) aborde la relation entre ces quatre concepts qui clarifierait le champ d'étude infirmier et le service rendu à la société. Chaque infirmier(e) peut avoir une conception personnelle du rôle qu'elle joue dans la société, mais certaines théoriciennes ont élaboré des conceptions complètes et explicites appelées « modèles conceptuels ». D'après Adam, une conception est complète et explicite quand une théoricienne a formulé des énoncés pour chacun des éléments suivants : le but idéal et délimité du service infirmier, le rôle de

la professionnelle, la façon de voir le bénéficiaire du service, la source de difficulté(s) du bénéficiaire, l'orientation des interventions infirmières et les conséquences attendues. Actuellement, il existe une cinquantaine de modèles conceptuels infirmiers (Peplau, Henderson, Roy, Johnson, Hall, Levine, Rogers, Newmann, Parse, Watson, Leninger, Orem...). Même si le nombre de modèles conceptuels peut entraîner un peu de perplexité chez les infirmier(e)s, ces différentes façons de voir reflètent une grande richesse. La tradition de recherche infirmière est jeune et certains auteurs soutiennent l'importance, pour le moment, de la coexistence de ces différents modèles pour le développement de la connaissance infirmière. Précurseurs de l'élaboration de théories en sciences infirmières, ces modèles conceptuels servent de guide à la pratique, à la formation, à la recherche et à la gestion des soins infirmiers. Ils offrent une perspective à partir de laquelle les infirmier(e)s peuvent développer des connaissances qui serviront à leur pratique. Le point commun sur lequel tous ces modèles sont fondés est le fait qu'ils préconisent une réflexion sur soi pour prendre conscience des processus interagissants et savoir se situer face à l'altérité. Toute théoricienne en soins insiste sur cette prise de conscience indispensable dans la relation malade-infirmier(e) nécessitant la connaissance de soi. En mouvement constant entre les différents courants de pensée, les approches infirmières s'organisent, selon Kérouac, en six écoles : celles des besoins, de l'interaction, des effets souhaités, de la promotion de la santé, de l'être humain unitaire et du caring. Chaque école accentue les divers éléments selon l'époque de l'élaboration de sa conception. La vision qu'offre une école peut être un guide pour orienter la recherche.

Hidden page

Des propositions sont possibles

N'est-il pas plus important et plus urgent de s'interroger sur la valeur à lui donner ? Et partant, quelles exigences à avoir pour faire de la « recherche infirmière » ? Sur quel savoir se construira-t-elle ? Sur quels principes fondamentaux s'édifiera-t-elle ?

Si nous voulons construire une recherche fructueuse, la réflexion que nous venons d'esquisser s'impose dès la première initiation à la recherche. Cette réflexion devra se poursuivre sur de nombreux points qui, par les limites de ce texte, n'ont pas été abordés et qui, pourtant, font partie de cette réflexion indispensable à la recherche. Voici quelques-uns des thèmes devant appartenir à cette réflexion, ils pourront devenir l'objet de votre propre réflexion : sur la notion de cadres de pensée, de théorie, de concept, sur la notion d'esprit scientifique, sur l'acte d'observation, sur la notion de mesure, de dénombrement, d'indicateurs, sur la notion de catégorisation, de classement, sur la notion de relation, de causalité, sur la notion de hasard, de prévision, sur la notion d'explication, de description, sur la notion de temps, sur la notion d'espace, sur la notion d'objectivité, de subjectivité, sur la notion de vrai, de faux, de vérité, sur la réalité et sa construction...

► **VOICI UNE PROPOSITION DE QUELQUES PRINCIPES DE BASE** qui, à mon sens, devraient étayer la « recherche infirmière » :

● **La « recherche infirmière » demande un niveau général élevé.** On peut constater que les modèles infirmiers considèrent l'homme dans sa globalité (vue holistique) et on peut lire ici et là que les sciences infirmières appartiennent aux sciences empirico-formelles (physique-chimie-biologie) et aux sciences humaines (psychologie, sociologie...). Quelles sont les connaissances d'une infirmière dans le domaine de la physique ? De la chimie ? De la biologie ? De la psychologie ? De la sociologie ?... Aborder ce très vaste domaine interdisciplinaire en évitant la superficialité est possible. Les infirmier(e)s n'ont pas de paradigmes propres, elles doivent les emprunter aux autres sciences, c'est pourquoi elles doivent acquérir des connaissances fondamentales solides.

● **La « recherche infirmière » réclame un contact permanent avec le terrain.** Lorsqu'une science est parvenue à un haut degré de formalisation et

d'abstraction, la vérification se fait sur le plan axiomatique ; mais sitôt qu'une science porte sur une réalité concrète, ce mode de vérification ne suffit pas, il est nécessaire de recourir à l'expérimentation et à l'observation pour vérifier les hypothèses car toutes les théories, logiquement possibles, ne sont pas nécessairement réalisées sur le terrain. La critique de la non-pertinence et de l'absence d'articulation entre système de production des connaissances et système d'utilisation de celles-ci doit servir à réfléchir sur le problème de la liaison entre recherche et pratique. De nombreuses personnes sont d'accord pour dire que la pratique et la théorie sont intimement liées, mais la réalité dément cette idéalisation ; l'impact des travaux infirmiers sur le soin est peu déterminant. La relative étanchéité et l'incompréhension réciproque de ces deux systèmes ne permettent pas de les exploiter au mieux et de maximiser les avancées théoriques (par défaut d'application sur le terrain) ou les innovations du terrain (par défaut de prise en compte). Quel que soit le type de recherche, il est préférable d'éviter cette reproduction d'une dominance quelconque théorie/pratique (ou l'inverse). Un dialogue associant chercheur et praticien(ne) dans une même démarche, sur la base d'objectifs mutuellement acceptés et préalablement négociés, s'engendre sur le terrain.

● **La « recherche infirmière » revendique un maximum d'ouverture.** De nombreuses orientations sont possibles pour la recherche infirmière. Elle peut s'appuyer sur toutes les sciences existantes (sociologie, psychologie, mathématique, chimie, physique, anthropologie, philosophie, histoire, épistémologie...). Dissoudre les barrières permet au chercheur de privilégier le domaine de connaissances qui lui convient le mieux.

Pour que ce choix soit judicieux, il requiert deux conditions :

– un bon niveau de connaissances générales, sinon ce choix se fera « par défaut ». Par exemple : « les maths, la chimie, la bio, c'est trop dur donc je fais de la psycho et en plus je ne connais que ça... » ;
– une réflexion épistémologique sur le domaine concerné : qu'est-ce que l'histoire ? qu'est-ce que la philosophie ?...

La « recherche infirmière » est un lieu exceptionnellement privilégié où plusieurs domaines de connaissances ont la possibilité de se rencontrer.

À nous, infirmier(e)s, de savoir profiter de cette chance.

● **La « recherche infirmière » exige une rigueur méthodologique.** La recherche infirmière est libre d'utiliser n'importe quelle méthode. Il n'y a pas de méthode particulière à cette recherche. Pour étudier un objet, une méthode peut être plus ou moins adéquate. Les limites du choix méthodologique ont, le plus souvent, pour origine :

– une connaissance générale limitée entraînant la peur d'explorer un domaine de connaissances inconnu, un refus de reconsidérer une problématique à travers d'autres théories...

– une compétence méthodologique très limitée ayant pour conséquence un nombre d'outils méthodologiques restreints, que ce soit pour le recueil ou le traitement des données.

Nous oublions que Florence Nightingale était une grande statisticienne et avait une sérieuse formation mathématique.

● **La « recherche infirmière » refuse le psittacisme et la superficialité.** Un niveau général élevé, un contact permanent avec le terrain, un maximum d'ouverture, une rigueur méthodologi-

que ont pour corollaire une pratique de la recherche qui exclut la répétition mécanique et irréfléchie de techniques rigides. De même, cette pratique évince la croyance que la recherche infirmière se déroule dans un contexte si complexe et si incertain que l'emploi de méthodes explicites et vérifiables y est impossible ou inadapté et qu'il suffit seulement de parler brillamment.

Se souvenir également que, malgré l'acquisition de connaissances fondées et l'application de méthodes rigoureuses, le chercheur ne peut avoir accès de façon sûre à une réalité fondamentale simple. La remise en doute est de règle car il n'existe pas de « pierres de touche » capables de séparer sans nuance la vérité de l'erreur. Même si l'étymologie de « vérifier », c'est rendre vrai, c'est faire du vrai, il n'y a pas de sens à dire que la recherche est liée à la démarche par laquelle on « découvre la réalité ».

► ENFIN, LA RECHERCHE INFIRMIÈRE contraint à :

- Une réflexion épistémologique, premier pas dans une démarche de recherche.
- Une rigueur éthique, déontologique.

Hidden page

Quatrième partie

**STRATÉGIES
DE RECHERCHE**

Remerciements

Nous remercions très vivement Marie-Thérèse Chalumeau, professeur d'Université, pour son aide précieuse, sa disponibilité, ses conseils et ses réflexions critiques et constructives tout au long de ce travail.

Une définition du terme « recherche » dans le *Larousse encyclopédique* est : « l'ensemble des travaux ayant pour objet la découverte de connaissances nouvelles dans le domaine scientifique, littéraire ou artistique. »

Il s'agit donc d'augmenter le corpus des connaissances en y ajoutant des données nouvelles que l'on a découvertes.

Or « découvrir » signifie « révéler dans leur réalité », donc dans leur véracité, dans leur vérité.

Autrement dit, la recherche participe à la quête de vérité que l'être humain poursuit depuis ses origines.

D'ailleurs, d'après l'*Encyclopedia Universalis*, la recherche correspond à un « besoin des hommes de connaître le monde et leur environnement ».

Progressivement, les recherches ont accumulé des résultats nés de l'observation, des théories spéculant sur les règles de fonctionnement et cette accumulation a engendré des spécialisations de plus en plus nombreuses. Une des difficultés actuelles pour le chercheur est l'enfermement dans sa spécialité en perdant de vue l'ensemble des connaissances. Mais il y a de moins en moins d'êtres humains (peut-être n'y en a-t-il plus du

tout) qui soient capables d'englober dans leurs réflexions l'ensemble des secteurs où s'est développé le savoir humain.

Dans le secteur des sciences infirmières à l'échelon international en 1990, l'*International Nursing Index* (INI) répertoriait 200 revues en soins infirmiers du monde entier, certaines de ces revues publient des articles originaux dans le domaine du soin infirmier et aux États-Unis *Nursing Research* est édité depuis 1952.

En 1975, S. Chater écrit sur *L'introduction à la recherche infirmière* (OMS).

En 1975, l'Europe et la France s'y mettent progressivement et M.-F. Collière publie en 1977, dans la revue *L'infirmière enseignante*, un article intitulé « La recherche infirmière... un leurre ? ou une réalité exigeante ? ».

En 1979, R. Magnon présente, dans la même revue, une bibliographie sélective sur la recherche dans la profession infirmière.

En 1988, M. Formarier et M. Poirier-Coutansais publient un livre sur l'initiation à la recherche en soins infirmiers.

En 1995, l'INSERM organise le premier colloque français de recherche en soins infirmiers.

Différents types de recherche en soins infirmiers

Recherche fondamentale

C'est la recherche des connaissances nouvelles. Elle peut devenir nomothétique, si elle vise à établir des lois générales, ce qui présente un risque de « réductionnisme », car pour énoncer des lois valables pour le plus grand nombre de situations concernées, elle laisse de côté les exceptions et les cas limites. Or, ce sont fréquemment les exceptions qui permettent certaines découvertes, les ignorer est donc réducteur.

Cette recherche peut mener par exemple aux modèles conceptuels en soins infirmiers.

Études descriptives

Elle s'applique à des études qui enregistrent la description systématique des faits, des éléments qui composent les événements que l'on veut étudier. Le chercheur observe les personnes, les phénomènes dans leurs circonstances naturelles. Il ne modifie aucune situation, il note des fréquences, établit des liens statistiques et évoque des relations causales.

La recherche descriptive est jusqu'à présent l'une des plus employées en soins infirmiers.

Certaines peuvent être très simples et relever de l'enquête méthodologique.

Exemple : description des circonstances des chutes de patient.

D'autres plus élaborées font appel à des compétences en recherche.

Recherche clinique

En soins infirmiers, la recherche clinique est la plus présente.

Au sens strict, cette recherche se déroule « au lit du malade ». Elle fut le domaine réservé de la médecine avant qu'au siècle dernier, et surtout au

début du siècle, les psychologues ne revendiquent le droit d'y procéder. Elle s'ouvre maintenant aux domaines paramédicaux.

Une recherche clinique peut être cumulée avec une recherche expérimentale mais, dans ce cas-là, il faudra être très vigilant aux règles éthiques.

Exemples : soins des plaies chroniques, soins d'hygiène et de confort, soins éducatifs.

Recherche expérimentale

La recherche en soins infirmiers est rarement expérimentale car l'expérimentation stricte est délicate à réaliser sur l'être humain. On est confronté à des problèmes éthiques. Cependant toute introduction de pratiques nouvelles peut être considérée comme une expérimentation. Mais, pour mériter le titre de recherche expérimentale, cette introduction doit respecter des règles très rigoureuses.

Recherche-action

Très souvent, les recherches en soins relèvent du concept de la recherche-action. Cette recherche relève d'un concept né en psychologie et psychosociologie, elle concerne un processus aboutissant à des connaissances mais induisant des effets de changement.

C'est une recherche au cours de laquelle le chercheur doit faire la part de son influence propre sur l'objet de la recherche. Pour rester objectif, il faut trouver un équilibre entre acquisition de connaissances et actions.

Exemple : étude d'efficacité des soins protocolés.

Tous ces types de recherche doivent en outre répondre aux critères de la recherche scientifique, c'est-à-dire présenter les garanties de sérieux et de rigueur qui caractérisent celle-ci.

Hidden page

Il faut bien distinguer la démarche de recherche du plan de rédaction d'un travail de recherche. La première fait appel à la démarche intellectuelle pour construire et réaliser sa recherche, le second à la façon de présenter sa recherche pour une publication.

Dans ce chapitre, nous allons essayer d'explicitier la démarche de recherche en donnant des exemples et le raisonnement qui conduit à la définition de la question de recherche ou de l'hypothèse.

Un travail de recherche est souvent impulsé par un problème, un dysfonctionnement, une préoccupation, un souci d'améliorer. Ceci définit bien souvent le thème de la recherche. Il est indispensable d'avoir une très bonne connaissance du sujet ou de la spécificité.

Exemple : l'éducation des patients diabétiques (prise à titre d'exemple dans la suite du chapitre).

Ce travail fait l'objet d'un protocole de recherche, qui se rédige en intégrant toutes les étapes de la recherche, de la démarche intellectuelle à la conclusion de l'étude.

À ce niveau, l'étude de la littérature peut être une aide afin :

- d'identifier des problèmes intéressants à étudier ;
- de stimuler l'imagination pour compléter des études déjà publiées ;
- de se poser des questions.

La lecture des articles de mise au point peut être une source importante d'idées de recherches.

Préliminaires

Identifier et définir le sujet

La première étape correspond au choix du sujet qui doit être défini le plus précisément possible ; les sujets trop globaux ne se prêtent pas à la recherche. Par conséquent, le sujet doit être précis, bien délimité, pas trop ambitieux, basé sur l'existant.

Exemple : améliorer la qualité de l'éducation des patients diabétiques au cours des séances collectives, dispensées pendant l'hospitalisation.

Il faut déterminer sur quoi et comment nous allons travailler.

Répondre à la question « sur quoi », c'est définir le sujet.

Exemple : sur les programmes d'éducation.

Donner une réponse à « comment », c'est préciser la méthode de recherche : les actions à mener pour recueillir les données nécessaires, comment les exploiter, les traiter pour en tirer des résultats.

Définir les objectifs

Toute recherche se conçoit avec un ou des objectifs de départ, qui représentent ce que nous souhaitons obtenir en finalité.

Exemple : obtenir une éducation de bonne qualité afin que les patients deviennent autonomes.

Avoir un ou plusieurs objectifs est obligatoire. L'objectif doit être clair, bien délimité, raisonnable, réajustable en cours de recherche, susceptible d'être atteint, au moins partiellement, ce qui permettra de tirer une conclusion ou de faire des propositions à la fin de la recherche.

Ces deux premières phases sont importantes, mais il reste encore à mieux cerner la question.

Identifier les différentes étapes de la recherche

Chaque étape peut être une recherche à elle seule.

Hidden page

Faire l'analyse de la situation

Il faut analyser dans quel contexte se déroule la recherche, c'est-à-dire bien connaître la réalité du terrain.

Formuler la problématique

C'est la synthèse du contexte dans lequel s'inscrit la recherche. Elle comprend l'ensemble des objectifs et/ou des hypothèses éventuelles. Il est incontournable de l'avoir formulée au début de sa démarche. Il sera alors possible de l'inclure sans forcément la nommer, avec élégance, au cours de l'introduction.

Avoir une démarche éthique

Il est important de savoir que c'est lors de l'élaboration du protocole de recherche que le chercheur doit s'assurer de la pertinence de la recherche et doit examiner les questions éthiques que peut soulever sa recherche. Une question doit être omniprésente lors de l'élaboration du protocole : « Quel est l'intérêt pour le patient ? »

Le chercheur en préparant son protocole désire, d'une part, éclaircir et organiser ses propres idées et, d'autre part, convaincre les instances décisionnelles de l'intérêt et de l'importance de cette recherche, afin d'obtenir les moyens de la réaliser. Cette dernière étape a une grande importance pour mener à bien la recherche, mais elle ne doit en aucune manière supplanter l'intérêt pour le patient.

La recherche en soins infirmiers n'échappe pas à la loi Hurier (1988) concernant le consentement éclairé du patient. C'est une nécessité d'obtenir le consentement du patient avant toute recherche.

La recherche appliquée sur des êtres humains peut, dans certains domaines, porter atteinte aux droits et libertés de la personne.

« Il est donc nécessaire que la dignité, les droits de l'Homme et le bien-être des sujets soient considérés et protégés, conformément aux principes éthiques de la profession » (Conseil international des infirmières, 1985).

Le chercheur doit prendre toutes les dispositions nécessaires pour les respecter (Contandriopoulos et al., 1990). Pour cela, trois questions essentielles

doivent être abordées dans le protocole de recherche et examinées par le Comité d'éthique.

► AVANTAGES ET RISQUES DE LA RECHERCHE

Une recherche est jugée acceptable si les avantages sont supérieurs aux risques qu'elle peut entraîner pour la santé des sujets. Les bénéfices de la recherche sont reliés à son intérêt scientifique, à sa rigueur méthodologique et à la pertinence des résultats attendus.

► CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Le consentement de la personne est au cœur de la conduite éthique de toute recherche, et la recherche en soins infirmiers n'y échappe pas. Il est de la responsabilité du chercheur de préserver et de garantir ce droit de l'individu.

► RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ OU DE L'ANONYMAT

Les dispositions pour préserver l'anonymat du sujet et la confidentialité des informations doivent être clairement énoncées par le chercheur.

Le principe du consentement peut se décomposer en trois éléments.

● **La prise de décision éclairée :** le malade doit avoir les informations et les éléments nécessaires pour décider de participer ou non à la recherche.

● **Le consentement libre :** le sujet doit avoir le libre choix de participer ou non à la recherche, pour cela le chercheur doit veiller à respecter les principes suivants :

- le sujet ne doit subir aucune pression ou contrainte ;
- un temps de réflexion est accordé au sujet ;
- le sujet est informé qu'il peut, à tout moment, refuser de continuer.

● **Le consentement clairement exprimé :** il peut être donné oralement ou par écrit.

Plus la participation est exigeante pour le patient, plus le consentement par écrit est recommandé. Ce dernier est indispensable dans le cas où la recherche peut engendrer un risque ou un inconvénient important pour le sujet. Le consentement écrit est consigné sur un formulaire de consentement qui doit comprendre les renseignements énumérés dans la rubrique « Prise de décision éclairée ».

Le protocole doit être soumis à l'infirmier(e) général(e), au chef de service, aux cadres, pour obtenir leur aval. Avant de se lancer dans des travaux de recherche, le chercheur doit connaître

toutes les dispositions législatives dans ce domaine : charte du malade hospitalisé, loi relative à la bioéthique, etc.

Un travail de recherche demande un investissement conséquent en temps, les moyens doivent être définis et obtenus en début d'étude. Les préalables et l'organisation du travail diffèrent de

manière importante en fonction du nombre de participants.

La recherche en soins infirmiers est comme toutes les autres, longue et difficile. Elle est au début de son développement et, si nous voulons qu'elle soit de qualité incontestable, il faut que nos méthodes le soient aussi.

Définir la cible et le comment faire (élaboration du protocole de la recherche)

C'est à ce niveau que l'on définit d'une façon logique sur quoi et comment on fait sa recherche.

Matériel ou sujet (individu)

► CETTE RUBRIQUE CONTIENT :

● **La population étudiée** : sur qui ou sur quoi, il est important de bien définir les caractéristiques du sujet.

Exemple : patients diabétiques insulinodépendants hospitalisés pour un déséquilibre du diabète.

● **La taille de l'échantillonnage** : il faut un nombre de sujets supérieur à 30 pour rendre possible une étude statistique. Un échantillon inférieur à 30 ne permet pas le calcul par pourcentage (Le Floch, Perlemuter, 1995).

● **Les critères d'inclusion et d'exclusion** : ils doivent être définis avec précision car ils jouent un rôle important dans la définition de ce que l'on recherche. Ils participent à l'orientation de la recherche.

Exemples :

– critères d'inclusion : diabétiques insulinodépendants, ancienneté du diabète supérieure à 3 ans, hommes et femmes ;

– critères d'exclusion : âge > 70 ans, surdité, non-compréhension de la langue française.

● **Le lieu de la recherche** : décrit de manière pragmatique l'environnement où se déroule la recherche.

● **La durée** : c'est le temps pendant lequel les informations vont être recueillies.

● **La période** : si celle-ci joue un rôle dans les résultats.

Exemple : pendant la période d'été, le nombre de personnel est réduit, cela peut avoir un impact sur le mode de prise en charge des patients.

Méthode (déroulement de la recherche)

Si l'on utilise une méthode déjà existante, on la teste puis on l'utilise telle quelle, ou on peut l'adapter selon les besoins. Si aucune méthode ne paraît répondre aux besoins de notre étude, il faudra la construire.

Que ce soit pour répondre à une question ou pour vérifier une hypothèse, il est indispensable de procéder à des observations souvent dans plusieurs types de circonstance. On observe des cibles différentes ou identiques dans des conditions différentes, cela introduit la notion de variables.

► DÉFINITION DES VARIABLES.

Nous distinguons plusieurs sortes de variables, nous n'aborderons ici à titre d'exemple que les variables continues, discontinues, dépendantes, indépendantes.

C'est à ce stade qu'il convient d'appeler l'expert, pour définir les variables. L'expert est le professionnel reconnu pour sa compétence et son expérience dans le domaine étudié.

Exemples : diabétologue, diététicienne, infirmier(e), méthodologiste, biostatisticien, etc.

Une variable s'inscrit toujours dans une situation donnée.

- La **variable continue** est une variable qui ne va pas changer de nature.

Exemple : chez un patient diabétique, la glycémie est une variable biologique continue.

- Une **variable discontinue** est une variable qui change de nature.

Exemple : sexe (homme, femme).

- Pour les **variables dépendantes et indépendantes**, nous utiliserons un schéma pour faciliter la compréhension. C'est le chercheur qui détermine sa variable indépendante.

Exemple : l'éducation spécifique du diabétique est variable indépendante.

Éducation spécifique au diabétique		
variable indépendante		
Alimentation	Mode de vie	Compliance au traitement
variable dépendante	variable dépendante	variable dépendante

Le chercheur choisira sa variable indépendante, « l'éducation spécifique au diabétique », pour agir sur les variables dépendantes et mesurer leurs modifications.

- L'**éducation spécifique au diabétique** est variable indépendante et le **mode de vie** est variable dépendante.

L'éducation sur l'adaptation des doses d'insuline a été renforcée, le patient peut suivre plus confortablement ses activités sportives.

On peut mesurer les effets de ce changement sur le nombre d'hypoglycémies lors des séances sportives, l'équilibre de son diabète, etc.

- L'**éducation spécifique au diabétique** est variable indépendante et l'**alimentation** est variable dépendante.

L'éducation diététique inclut un programme sur l'apprentissage des équivalences des denrées alimentaires, le patient sera donc plus autonome pour la gestion de ses repas.

On pourra mesurer les effets sur le nombre de complications aiguës du diabète (hypoglycémies, hyperglycémies), le degré de satisfaction du patient, son poids, etc.

Exemple : le mode de vie est variable indépendante.

Le mode de vie		
variable indépendante		
Alimentation	Éducation spécifique au diabétique	Compliance au traitement
variable dépendante	variable dépendante	variable dépendante

- Le **mode de vie** est variable indépendante et l'**éducation spécifique** est variable dépendante.

Le temps de trajet du diabétique pour se rendre sur son lieu de travail a été réduit. Le patient peut suivre plus régulièrement les séances d'éducation. On pourra mesurer les effets en mettant en évidence l'acquis de ses connaissances, etc.

- Le **mode de vie** est variable indépendante et la **compliance au traitement** est variable dépendante.

La vie professionnelle du patient a été aménagée, afin qu'il prenne ses repas à heures régulières. Le patient peut respecter le schéma insulinaire prescrit. On pourra mesurer les effets sur la courbe de poids, l'équilibre du diabète, son degré de satisfaction, etc.

Approches de recherche

La recherche peut se faire par deux approches.

► L'**APPROCHE PROSPECTIVE** est une méthode directe qui s'applique à des faits présents. Cette méthode évite les risques d'interprétation, mais elle est plus longue.

► L'**APPROCHE RÉTROSPECTIVE** est une méthode indirecte qui s'applique à des faits passés. Les informations sont retrouvées dans les dossiers après la sortie du patient. La méthode est plus rapide mais les dossiers doivent être bien remplis pour recueillir les informations.

Méthode employée au cours de la recherche

► L'**ÉLABORATION DES OUTILS DE RECHERCHE** est une étape difficile, minutieuse et longue.

Les qualités nécessaires à leur élaboration sont la rigueur, l'exactitude, la conscience professionnelle. Il n'y a pas de recette rigoureuse pour élaborer un questionnaire, une grille d'entretien ou

d'observations. Il faut du bon sens, de l'expérience, de la logique et l'avis des autres.

À ce stade du travail, il faut à nouveau contacter le biostatisticien pour qu'il continue à donner son avis sur la qualité des outils et à apporter toutes les modifications nécessaires avant le recueil des données. Cette démarche facilite beaucoup le travail au moment du traitement des résultats et limite les biais liés à l'élaboration des outils.

Différents outils de recherche

► **LE SONDAGE.** Il est direct et rapide sur un échantillon d'une population déterminée. La personne interrogée émet un avis sans l'argumenter.

► **L'ENTRETIEN** peut être :

- **Non directif ou libre :** il est très peu utilisé en recherche (difficile à exploiter par la diversité des propos recueillis).

- **Semi-directif :** il a pour objectif de recueillir une information la plus complète possible, sur un sujet précis sans induire les réponses. Il introduit les thèmes sous forme de questions ouvertes, pour que la personne interrogée s'exprime sur le sujet.

- **Directif :** il s'apparente au questionnaire oral.

► **LE QUESTIONNAIRE** est une série de questions écrites de manière méthodique. C'est une classification logique d'items, de critères bien définis, sur un sujet bien cerné, pour obtenir une réponse précise.

Beaucoup de paramètres subjectifs entrent dans les pratiques infirmières, par exemple : le degré de compréhension, d'anxiété, la difficulté à exprimer une demande, le degré d'acceptation d'une maladie, le degré de dépendance par rapport aux soignants, etc. Ceci rend très difficile l'élaboration de certains questionnaires et/ou grilles d'évaluation. Nous n'avons pas toujours des critères permettant de les définir et de les évaluer.

► DEUX TYPES DE QUESTIONS

- **Les questions fermées**

- **Binaires :** ce sont des réponses limitées à oui ou non, elles sont définies à l'avance.

- **Préformées à choix multiples :** il s'agit de plusieurs séries de réponses, la personne interrogée peut choisir en fonction de son opinion. Pour obtenir des questions précises, on peut réaliser une pré-enquête à l'aide d'entretien semi-directif. Les résultats des entretiens peuvent être utilisés pour formuler les questions. Le codage informatique des questions rend le dépouillement plus aisé.

- **Questions à échelles d'importance ou de fréquence.**

Exemple : êtes-vous ? tout à fait d'accord — d'accord — pas du tout d'accord.

- **Les questions ouvertes :** elles annoncent un thème sans offrir de réponse. Elles sont utilisées pour les sujets complexes, le répondant formule sa réponse comme il l'entend, tant sur le contenu que dans la forme. Les réponses sont souvent très riches. Leur exploitation est très difficile, elle passe par une analyse de contenu (Grawitz, 1990).

► OUTILS D'OBSERVATION

- **L'observation non participative :** on demande à un observateur extérieur à l'étude, qui néanmoins connaît le milieu, de relever les faits qui lui semblent intéressants selon une technique d'observation qui lui sera donnée par le chercheur.

- **L'observation participative :** l'observateur partage la vie ou les activités des personnes qu'il observe. Il définit lui-même le mode d'observation.

- **Observations instantanées :** il existe plusieurs méthodes : Flanagan, Glaser et Strauss (Formariet et Poirier-Coutansais, 1988).

- **L'observation continue.** Il s'agit d'une observation, pendant un temps déterminé, d'une personne, d'un poste de travail, d'une unité, en relevant systématiquement tout ou une partie de leur activité selon ce qui aura été défini.

► OUTILS D'ANALYSE COMPLÉMENTAIRE

- **L'analyse de contenu** se réalise en utilisant les échelles ou outils de mesures des attitudes : échelle de Bogardus, de Likert, de Thurstone, de Guttman (Formariet et Poirier-Coutansais, 1988).

Les outils spécifiques aux soins infirmiers les plus connus : les grilles d'évaluation, de dépendance ou d'autonomie des malades (Géronte), les méthodes d'évaluation de la charge de travail PRN (Projet de recherche en nursing), de la charge en soins SIIPS (Soins infirmiers individualisés à la personne soignée) (Guide du service infirmier, 1987).

► TEST DE VALIDATION DES OUTILS.

Tous les outils doivent être testés : 8 à 10 questionnaires ou grilles en situation réelle seront exploités jusqu'aux résultats (étude de faisabilité).

Ce test permet de prévoir la valeur de l'outil dans le contexte où il sera utilisé.

Il permet aussi de :

- s'assurer que ce que l'on veut étudier est bien recueilli par les outils;
- vérifier la compréhension des questions;
- vérifier que les règles d'utilisation sont bien comprises par les intéressés;
- évaluer la facilité d'utilisation de l'outil (Bonny et coll., 1995);
- déterminer le temps pour les exploiter;
- réajuster l'outil en fonction de ses points faibles et des besoins de l'étude.

La population soumise à l'étude de faisabilité doit avoir les mêmes caractéristiques et être proportionnellement représentative de la population incluse dans la recherche.

► **À L'ISSUE DE L'ÉTUDE DE FAISABILITÉ**, le chercheur peut être amené à réorienter sa recherche, cette étape est donc incontournable.

Les outils se présentent physiquement à ce niveau, c'est-à-dire dans le chapitre matériel et méthode, ce ne sont pas des annexes.

Définir les modes d'exploitation des résultats

Le recueil des données s'appuie sur des questionnaires et/ou des grilles.

Il faut identifier quels seront les outils informatiques utilisés, quels résultats seront traités, dans quel ordre, sur quels supports (tableaux de chiffres, graphiques, courbes, histogrammes ou secteurs, etc.).

Il faut également réfléchir aux tests statistiques qui seront les plus adaptés pour l'étude en question.

Traitement des données recueillies

Il faut classer les réponses par catégorie, mettre en évidence les résultats principaux afin de constater si l'hypothèse de départ est confortée ou non, si les résultats répondent ou non à la question posée (voir la présentation des résultats dans le cas concret, page 142).

Analyse critique

Il s'agit de discuter le choix du thème, comparer les résultats entre eux, puis avec ceux de la littérature; rediscuter les points qui restent avec une interrogation, ou qui posent problème. La discussion critique de la méthode permet d'exprimer les difficultés rencontrées au cours de l'étude et les limites de cette dernière. La discussion des limites est importante, car les résultats ne sont valables que dans les limites de l'étude.

Exemple : si nous avons :

- un échantillon des patients assez modeste;
- un programme spécifique d'éducation pour le service;
- des patients uniquement insulinodépendants.

Les résultats obtenus ne seront valables que pour la population étudiée. Il sera possible de comparer ces résultats avec ceux d'autres études, ayant elles aussi pour objet d'étude une population de diabétiques insulinodépendants éduqués pendant une hospitalisation.

Il est possible de comparer ces résultats avec les résultats d'une étude ayant un autre mode d'éducation pour identifier les performances d'un système à l'autre.

Publication des résultats

La publication des résultats, qui est l'ultime étape de la recherche, est à l'heure actuelle bien souvent absente dans le domaine des soins infirmiers. Il est vrai que la publication des résultats demande un travail rigoureux et exigeant par les délais à respecter. Cette étape est pourtant importante et essentielle, la diffusion des résultats permet aux autres équipes d'utiliser les résultats des travaux au bénéfice des patients et de leur entourage, ce qui est la mission première de la recherche en soins infirmiers.

La recherche a pour vocation de développer, d'affiner, d'élargir les connaissances et de les rendre accessibles.

Par la publication, l'auteur offre sa recherche à la critique de ses pairs. La critique des résultats est le plus souvent source de progrès, de remise en question de son propre savoir. La publication permet cet échange avec d'autres professionnels.

D'autre part, la publication des recherches dans leur intégralité peut permettre la reproductibilité des études par des lecteurs initiés. La rédaction simplifiée d'une recherche peut être plus accessible pour des lecteurs moins initiés. Il est donc

important de prendre en compte le public concerné, pour choisir son mode de publication.

La rédaction des travaux de recherche en vue d'une publication doit répondre à des règles de rédaction précises qu'il convient de connaître, il est donc nécessaire de s'appuyer sur des ouvrages de qualité qui serviront de guide (Huguenet, 1993). Les revues spécialisées ont aussi leurs propres exigences en terme de contenu et de présentation.

Une recherche, dont les résultats ne sont pas publiés, n'est pas une recherche menée à son terme.

Hidden page

de quelles données sont réalisés les calculs et d'en vérifier l'exactitude si besoin était.

La présentation et l'analyse des résultats doivent rester de l'ordre du constat.

Discussion

Le thème, la méthode et les résultats sont analysés et discutés de manière critique, puis comparés à la littérature : on voit là l'importance d'une recherche bibliographique exhaustive. Les limites et les difficultés rencontrées au cours de l'étude sont exprimées de façon explicite.

Enfin, on peut terminer la discussion en formulant une autre hypothèse ou en donnant une réponse et/ou en faisant des propositions.

Conclusion

Elle doit permettre au lecteur de se faire une idée précise des résultats principaux, des tenants et des aboutissants de la recherche. L'auteur, dans la conclusion, peut ouvrir la fin de son étude sur des propositions de travaux complémentaires et des projets d'avenir.

Bibliographie

Elle se situe à la fin, mais sera à constituer dans sa majeure partie en début de recherche, elle sera complétée tout au long du travail. Elle doit être exhaustive. Sa rédaction doit répondre à des règles très strictes (Chalumeau, 1995). La rigueur d'une bibliographie est souvent le reflet du sérieux de l'ensemble du travail. Il n'y a pas de recherche sans état des connaissances ici et ailleurs.

► IL FAUT DÉFINIR SES BESOINS ET SES CONNAISSANCES DOCUMENTAIRES

● Généralités

- formuler le plus précisément sa question (Calou, Nguyen, 1991);
- formuler les mots-clés qui permettront la recherche bibliographique. Leur définition est très importante car elle oriente toute la recherche bibliographique;
- évaluer ses besoins en fonction du thème choisi et en identifiant ses propres méconnaissances;
- limiter la recherche dans le temps (5 ans, 10 ans, 15 ans ?).

● Sources documentaires

– identifier les sources documentaires, les bibliothèques publiques ou privées, les banques de données (Chaumier, 1989);

– repérer la source des documents :

- non commerciaux : ministère de la Santé, associations, études, rapports;
- commerciaux : encyclopédies, périodiques, etc.

● **Littérature grise** : textes qui ne sont pas publiés qui restent au niveau d'une école en interne (mémoires).

● **Littérature scientifique** que l'on retrouve dans les revues spécialisées, qui présentent une garantie de rigueur et de sérieux. Chaque article avant sa publication dans la revue concernée sera soumis à un comité de lecture composé de pairs. Il est nécessaire de :

- rechercher l'origine : internationale, nationale, régionale, locale (CREDES, 1993);
- rechercher le type d'actualité : législative, réglementaire, médicale, historique, politique, etc.;
- rechercher la langue;
- rechercher le type de documents : revues, livres, images, audiovisuel, CD-ROM, Internet;
- s'informer sur la manière de consulter les documents : le plan de classement, les catalogues ou les fichiers, les lexiques, les *thesaurus*, les banques de données.

► RÉALISER UNE RECHERCHE DOCUMENTAIRE, c'est s'adresser bien souvent à des professionnels qui ont besoin d'une demande bien précise. Il faudra tenir compte des éléments cités ci-dessus pour formuler votre demande.

Dès le début de la recherche documentaire, c'est-à-dire lors de l'élaboration de l'historique, il faudra noter toutes les références bibliographiques : soit une fiche par référence lorsque l'on note sur papier, afin de rendre le classement plus aisé, soit sur un ordinateur où le classement est beaucoup plus rapide et facile à réaliser. Dans tous les cas, la référence d'un article se note de la façon la plus complète possible : nom, prénom(s), date, titre complet, titre du livre, éditeur, ville, folio de la première et de la dernière page de l'article, ou nombre de pages s'il s'agit d'un livre.

► LA BIBLIOGRAPHIE ANNONCE LES RÉFÉRENCES : plusieurs modes de présentation sont possibles, le choix se fera en fonction des règles en vigueur pour une école (un mémoire) ou dans une revue (une publication).

● **Par ordre d'apparition des citations** dans le texte, auquel cas la citation est suivie du n° que l'on retrouve dans la bibliographie (*séquentielle*).

● **Par ordre alphabétique**, dans ce cas les règles sont très précises. La liste est établie par ordre alphabétique du premier auteur (*Harvard*).

Ces règles exigeantes dans la rédaction de la bibliographie garantissent le fait de retrouver sur toutes les banques de données les références bibliographiques formulées de manière identique.

Une autre règle absolue : la bibliographie d'un mémoire ou d'une publication doit comporter les références de toutes les citations du texte, et celles-là seulement.

Il ne faut pas citer tout ce que l'on a lu au cours de sa recherche, mais donner toutes les indications utiles pour qu'un lecteur puisse retrouver les articles cités.

Résumé

Le résumé doit constituer un texte autonome d'une logique rigoureuse. Il forme avec le titre du document un ensemble qui, en principe, ne doit pas être redondant (ne pas reprendre le titre dans le résumé). Les informations retenues pour le résumé sont généralement présentées selon leur ordre d'apparition dans le document.

Le résumé se place après la bibliographie ou au-dessous du titre, il contient :

- les objectifs de l'étude ;
- la méthode utilisée ;
- les résultats les plus significatifs ;
- la conclusion ;
- les mots-clés.

Recherche en soins infirmiers dans la pratique quotidienne

26

Analyse d'un travail : « prévention de la constipation dans un service de soins intensifs »

Cette recherche en soins infirmiers a été réalisée par madame M.-M. Bretin pour son mémoire de maîtrise en sciences de la vie, mention soins, option sciences infirmières. C'est une recherche clinique qui appartient au domaine de la pratique (Bretin, 1992).

Des extraits de cette recherche sont exposés ici dans le but d'aider le lecteur à se faire une idée précise et concrète du déroulement d'un travail de recherche en soins infirmiers.

Le choix du sujet est inspiré d'une problématique de soin au patient dans un contexte de prise en charge spécialisée et pluriprofessionnelle.

Introduction

● Référence à la législation.

● Description succincte des différents rôles de l'infirmière :

- le rôle propre de l'infirmière;
- le rôle en collaboration avec le médecin;
- le rôle d'exercice sur prescriptions médicales.

● Elle aborde les 14 besoins fondamentaux décrits par Virginia Henderson :

- respirer;
- boire et manger;
- éliminer (c'est ce besoin qui est concerné dans cette étude);
- se mouvoir et maintenir une bonne posture;
- dormir et se reposer;
- se vêtir et se dévêtir;
- maintenir la température du corps dans les limites normales;
- être propre, soigné et protéger ses téguments;
- éviter les dangers;

- communiquer avec ses semblables;
- agir selon ses croyances et ses valeurs;
- s'occuper en vue de se réaliser;
- se recréer;
- apprendre.

● L'OMS définit trois domaines de santé :

- les soins primaires;
- les soins secondaires;
- les soins tertiaires.

Dans le cas que nous évoquons, le service de soins intensifs est orienté vers les soins d'urgence et de réanimation :

- les soins secondaires sont très lourds et incontournables;
- les soins primaires restent essentiels.

● La constipation représente un état de perturbation d'une fonction vitale : l'élimination intestinale.

Cette perturbation a des composantes diverses :

- physiques : âge, alimentation, etc.;
- physiopathologiques : nature de la maladie et du traitement;
- psychologiques : stress, relation, environnement.

Prévenir ces perturbations nécessite la prise en compte de toutes ces composantes. Il apparaît que ce dysfonctionnement n'est pas toujours bien pris en compte dans un service de maladies aiguës, où les patients sont atteints de pathologies très graves. Cependant, un cas assez pénible m'a interpellée. C'est pourquoi, à partir d'une étude de cas et de 28 observations de patients, j'ai tenté d'identifier les facteurs de risque propres aux situations rencontrées dans un service de réanimation médicale.

Hidden page

Concept et approche des soins infirmiers

La contribution de l'infirmier(e) dans la prise en charge du patient, dans le contexte pluridisciplinaire d'un service hospitalier, repose sur divers éléments.

Ces éléments s'articulent entre eux :

1. le modèle conceptuel;
2. la définition du rôle propre de l'infirmier(e);
3. la démarche systématique;
4. l'équipe pluridisciplinaire;
5. l'équipe de soins infirmiers.

● **Modèle conceptuel.** Pour assurer son rôle, l'infirmier(e) doit se référer à un modèle holistique. Le modèle de Virginia Henderson donne une vision claire et nette des soins infirmiers (Riopelle et coll., 1994).

● **Démarche systématique.** Appliquée aux soins infirmiers, elle consiste en une approche méthodique : elle est dynamique et suscite une façon de faire rigoureuse.

Elle comporte les étapes suivantes (Adam, 1979).

Évolution de nos connaissances sur la constipation et la physiologie intestinale

Rappel anatomique

Rappel physiologique

Rappel physiopathologique

Cette première partie de l'histoire permet de situer l'étude à travers l'histoire, l'évolution de la fonction soignante, dans les connaissances de la physiopathologie et l'état actuel des connaissances sur le sujet.

Formation des futures infirmier(e)s et des futurs médecins dans ce domaine

Afin de faire le point, deux questionnaires ont été élaborés :

- un questionnaire distribué à un groupe d'élèves de troisième année;
- un questionnaire distribué à des étudiants en médecine.

Ces questionnaires sont donnés dans les annexes. Ils ont permis de préciser les formations actuelles.

► **LE POINT SUR LA FORMATION DES INFIRMIER(E)S.** Le module 1 prévoit l'étude des besoins fondamentaux dont la fonction nutrition-élimina-

tion, l'étude des conduites et des comportements aux différents âges de la vie.

Le module 6 aborde les soins infirmiers auprès des personnes atteintes des principales affections du tube digestif : aspect clinique, biologique, administration et surveillance des thérapeutiques.

● **Les objectifs de ces modules** sont partiellement atteints, nous pouvons le constater à travers les réponses des 10 questionnaires, elles se découpent de la façon suivante :

- 2 pensent ne pas maîtriser les connaissances physiologiques;
- 5 seulement disent que la constipation a été abordée de manière globale;
- 7 reconnaissent le rôle propre de l'infirmier(e);
- 5 reconnaissent le rôle interdépendant;
- 3 reconnaissent le rôle de prescription.

● **Ces réponses** montrent que les infirmier(e)s situent leur rôle sous l'aspect éducatif et préventif.

Les soins infirmiers curatifs (lavement) :

- 2 seulement les ont appris;
- 3 connaissent les risques du traitement;
- 1 connaît l'efficacité;
- 4 ne les ont pas appris.

La démarche de soins est utilisée de manière partielle :

- 6 font le recueil des données;
- 7 posent le diagnostic et les objectifs;
- 4 font le plan d'action;
- 3 réalisent l'évaluation;
- 5 pensent qu'une attention particulière de l'infirmier(e) peut améliorer la qualité des soins;
- 2 pensent qu'une formation complémentaire est nécessaire;

– 5 pensent qu'il faut sensibiliser les infirmier(e)s et les médecins;

– 6 pensent que la constipation représente un indicateur de qualité;

– 4 pensent que la démarche de soins présente un intérêt professionnel.

● **L'ensemble des réponses** montre que les connaissances globales du problème de la constipation ne sont pas complètement acquises pour permettre à l'infirmier(e) d'assurer :

- son rôle propre;
- son rôle interdépendant;
- son rôle de prescription.

► LE POINT SUR LA FORMATION DES MÉDECINS.

L'étude de la constipation est plus associée à des pathologies gastro-entérologiques ou urogénitales, qu'aux maladies traitées dans notre service. De plus l'abord est plus ponctuel que global.

Dans cette deuxième partie de l'historique, l'auteur, par cette préenquête, fait le point sur les acquis lors de la formation initiale donnée aux infirmier(e)s et aux médecins. Cela permettra par la suite de mieux comprendre les attitudes des soignants face à la prise en charge de la constipation. L'analyse des résultats aidera à définir les propositions faites à la fin de l'étude.

À ce niveau d'avancement des travaux, la recherche bibliographique doit être déjà bien étoffée. L'auteur avait pris soin de noter avec précision toutes les références, les numéros de page et les lieux où retrouver les ouvrages si ces derniers ne peuvent être conservés. Un premier classement de cette bibliographie sera effectué, soit par ordre alphabétique, soit par thème, soit par ordre d'apparition dans le texte. Ne pas oublier que la recherche bibliographique et son exploitation sont des étapes longues et astreignantes.

Matériel et méthode

C'est à ce niveau que l'auteur fait paraître de manière chronologique et logique les points qui seront étudiés.

Matériel

Lieu de la recherche : service de réanimation médicale polyvalente.

Présentation du service.

Présentation des pathologies et durée de séjour.

La présentation est faite par un tableau qui contient les données épidémiologiques du service en référence au tableau de bord de l'administration centrale, suivant la codification de l'OMS par le système OTARIE en 1989.

Le tableau présenté fait apparaître la prédominance de certaines pathologies.

Il montre la disparité des temps moyens d'hospitalisation qui vont de 3 jours à 30 jours. Il met en évidence que la majorité des patients ont une hospitalisation longue.

L'auteur décrit sur quoi a porté son étude et où. Ici, il s'agit de la présentation des pathologies, dans une autre étude on aurait pu trouver la présentation de la population étudiée.

Méthode

Une recherche rétrospective sur dossiers de patients sortis de l'hôpital n'a pas pu être réalisée. L'absence de données médicales sur le sujet et la pauvreté des écrits infirmiers ne permettent pas de retrouver des données fiables et de faire une interprétation objective.

L'auteur mentionne bien la difficulté de réaliser une étude rétrospective.

Recherche prospective

L'observation de 28 patients en cours d'hospitalisation est réalisée du 10 mars au 10 mai 1991 ; pendant cette période, 202 patients ont été hospitalisés dans le service.

► **UNE FICHE DE RECUEIL DES DONNÉES** a été ajoutée à la transmission des infirmier(e)s. Il leur était demandé de noter tous les éléments observés se rapportant :

- aux facteurs de risques de la constipation ;
- aux actions soignantes réalisées ;
- aux résultats obtenus.

Cette fiche est ajoutée aux dossiers des patients dont l'infirmier(e) avait observé des troubles du transit et pour ceux dont il/elle suspectait le risque.

À partir des éléments spécifiques apparus dans les observations des patients, un questionnaire a été élaboré.

Questionnaire

Il comporte 13 questions (voir questionnaire ci-après), dont 12 semi-ouvertes et une question ouverte. Il a été distribué à 40 infirmières du service travaillant sur les 24 heures. La distribution a été faite par la même personne en expliquant le but et l'intérêt de l'étude. Cette distribution s'est faite au début du mois de juillet 1991 avant le départ en vacances.

QUESTIONNAIRE EN VUE D'UN TRAVAIL DE MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS : PRÉVENTION DES CONSTIPATIONS DANS UN SERVICE DE SOINS INTENSIFS

1. Dans votre pratique soignante, quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontrées face à la constipation des malades :

- difficultés dans la conduite à tenir pour éviter la constipation;
- difficultés à reconnaître le type de constipation;
- difficultés dans la conduite à tenir face à une constipation;
- autres difficultés.

2. Comment situez-vous le rôle infirmier face à cette perturbation de la fonction d'élimination intestinale ?

a. L'infirmière peut-elle et doit-elle prendre des initiatives ?

- OUI ☐
NON ☐

Citez-les :

b. L'infirmière peut-elle aider le médecin dans la décision thérapeutique ?

- OUI ☐
NON ☐

Comment ?

3. Dans l'attitude thérapeutique pratiquée, existe-t-il une chronologie ?

- OUI ☐
NON ☐

Pensez-vous qu'elle est nécessaire ?

- OUI ☐
NON ☐

Pourquoi ?

4. Les transmissions écrites de vos observations vous paraissent-elles suffisantes pour le suivi de ce problème ?

- OUI ☐
NON ☐

Que proposez-vous ?

5. Quel est, parmi les facteurs de risques énumérés, l'ordre d'importance que vous leur attribuez ?

- ☐ Âge
- ☐ Antécédent de constipation
- ☐ Alimentation
- ☐ Hydratation
- ☐ Pathologie
- ☐ Traitement
- ☐ Environnement
- ☐ Stress
- ☐ Immobilité
- ☐ Situation d'inconfort pour éliminer
- ☐ Autres

6. Pour vous, la connaissance du mode de vie antérieur à l'hospitalisation peut-elle influencer l'attitude des soignants à l'hôpital ?

- OUI ☐
NON ☐

Dans votre pratique, vous est-il arrivé d'en tenir compte ?

- OUI ☐
NON ☐

Comment ?

7. D'après ce que vous observez, l'alimentation par sonde a-t-elle des incidences sur l'élimination intestinale ?

- OUI ☐
NON ☐

- Quantité
- Couleur
- Aspect
- Consistance
- Transit
- Autre

8. La quantité d'eau vous paraît-elle importante ?

- OUI ☐
NON ☐

Pourquoi ?

9. Observez-vous une relation entre constipation et pathologie ?

- OUI ☐
NON ☐

Citez les pathologies

Caractéristiques

-
-
-

10. L'architecture des locaux offre-t-elle aux malades alités des conditions favorables pour aller à la selle ?

- OUI ☐
NON ☐

Que peut faire l'infirmière pour y remédier ?

11. L'organisation des soins pendant la journée vous paraît-elle favorable ?

- OUI ☐
NON ☐

Avez-vous des propositions à faire ?

12. Que peut faire l'infirmière par rapport :

- a. au traitement de la constipation ?
- b. à la prévention de la constipation ?

13. Si des éléments n'ont pas été abordés dans le questionnaire, pouvez-vous les mentionner ?

Merci de votre participation.

Tableau 26.1.

FICHE DE RECUEIL DES DONNÉES								
Secteur	Âge	Diagnostic	État du malade	Traitement	Alimentation	Élimination	Action	Résultats
Nom	Sexe	Antécédents	Conscience		Hydratation	intestinale	Médications	
Date	Poids		Mobilité		Quantité/24 h	Fréquence	Heure	
						Quantité		
						Aspect		
						Heure		

La fiche de recueil des données et le questionnaire sont présentés dans la méthode (tableau 26.1 + questionnaire). Ici l'auteur décrit comment il a réalisé son étude et avec quel support. Il aurait dû préciser sa méthode d'analyse des résultats.

Dans la rubrique matériel et méthode, nous sommes dans la description sans interprétation ni discussion. On explique simplement comment on a procédé, avec quoi et avec qui. Cette rubrique doit permettre à d'autres personnes intéressées de reproduire exactement la même étude. C'est dire l'importance d'être clair et précis dans la description.

Présentation et analyse des résultats

Résultats des observations

Vingt-huit patients ont été observés pendant une durée variant de 10 à 20 jours. Parmi les 28 patients, 22 ont présenté des signes de constipation. Les observations ont permis de faire apparaître les données suivantes (analyse).

Population concernée

Âge	20	30	40	50	60	70	80
Nombre		6	4	4	5	3	6

Légende : 14 patients ont de 20 à 50 ans et 14 ont entre 51 et 80 ans; le facteur âge n'apparaît pas significatif dans la population observée, il y a autant de personnes jeunes et âgées.

Résultats

Variable	Absence de constipation	Difficultés de constipation
Nombre	6	22

Légende : 22 patients sur 28 ont souffert de constipation; ce problème est réel.

Sexe des patients

Sexe	Masculin	Féminin
Nombre	17	11

Légende : le sexe n'apparaît pas significatif dans cette population, il y a 6 hommes de plus que de femmes, mais 4 hommes et 2 femmes n'ont pas présenté de constipation, ce qui réduit la différence à 4.

Conscience et mobilité

Pathologies

Alimentation

Hydratation

Variable	Contrôlée	Non contrôlée
Nombre	22	6

Légende : l'hydratation est le plus souvent contrôlée, cela en fonction des bilans ioniques. Pour les autres, la quantité est libre.

Traitement, etc.

Résultats des questionnaires

Dix-neuf questionnaires sur 40 ont été remplis par les infirmier(e)s, dont l'ancienneté dans la fonction varie de 1 à 20 ans.

Ancienneté (ans)	20	19	15	14	12	10
Nombre	1	1	1	1	3	3
Ancienneté (ans)	8	5	3	2	1	
Nombre	2	2	2	1	2	

Question n° 1 (voir questionnaire de la page 145)

1. difficultés dans la conduite à tenir pour éviter la constipation;
2. difficultés à reconnaître le type de constipation;
3. difficultés pour faire face à la constipation;
4. autres.

Difficultés pour éviter la constipation	Difficultés à reconnaître le type	Difficultés à traiter la constipation
5	8	6
Difficultés à être écouté du médecin	Difficultés dans le suivi des actions	
3	2	

Légende : les difficultés à reconnaître le type de constipation et les difficultés à les traiter arrivent en premier.

Question n° 2, etc.

L'auteur a présenté ses résultats avec une analyse succincte lorsque celle-ci se justifie, le titre du tableau, ou du questionnaire, puis une légende. Les résultats sont présentés dans l'ordre chronologique et logique du déroulement de l'étude, puis dans l'ordre des questions contenues dans chaque questionnaire, ou dans l'ordre des critères contenus dans les observations. Dans la rubrique analyse et présentation des résultats, il ne faut pas introduire d'éléments de discussion.

Discussion

Du sujet de ce mémoire

L'approche de la constipation à partir de la physiopathologie permet d'identifier certains mécanismes en cause.

L'aspect multifactoriel du phénomène mériterait par la suite des études exhaustives par pathologie ou groupes de patients homogènes; etc.

La formation est-elle la seule responsable des attitudes soignantes? etc.

L'hyperprofessionnalisation actuelle contribue à l'éloignement pris avec le corps. Les pratiques médicales issues d'un développement scientifique donnent une certaine manière de voir l'individu.

L'auteur explique le choix de son sujet.

De la méthode utilisée

● **L'historique** de ce travail est construit à partir de la recherche bibliographique qui a cherché à explorer le sujet le plus largement possible autour des mots-clés : prévention, constipation, puis constipation et facteurs de risques, afin de cerner les différents sujets.

● **La recherche en soins infirmiers** en France étant à ses balbutiements, il m'a été difficile de m'appuyer sur des travaux d'infirmier(e)s français(e)s. Les références dans ce domaine sont anglaises ou américaines. La barrière de la langue a rendu plus difficile l'exploitation de ma recherche.

Ce travail de recherche bibliographique m'a permis de mesurer les difficultés.

● **Pour tenter de faire le point sur la formation des infirmier(e)s** et des médecins, j'ai utilisé des questionnaires. Pour des raisons pratiques et de temps, le nombre de questionnaires distribués est limité.

● **La méthode d'observation prospective des patients** a été réalisée à partir de la fiche de recueil de données. Cette fiche était ajoutée à la transmission des infirmier(e)s, sa présentation était globale, elle a été établie à partir des facteurs de risque.

Le but était d'amener à faire le constat de la réalité du problème sans modifier dans un premier temps les attitudes des soignants.

• **Le questionnaire des infirmier(e)s** a été élaboré à partir des observations recueillies afin de préciser certaines données :

- prendre en compte les observations;
- prendre en compte les connaissances pratiques et théoriques;
- préciser les difficultés et les limites de la pratique;
- prendre en compte les propositions de solutions qui permettraient de prévenir la constipation.

L'auteur, dans cette partie de la discussion qui est un extrait de l'original, explique et discute sa méthode, comment est construit l'historique, pourquoi cette méthode, les limites rencontrées, et les outils qu'il a employés.

L'auteur nous indique les difficultés qu'il a rencontrées au cours de l'étude. Il note que le bilan de la littérature a été limité par certaines difficultés dans la maîtrise de l'anglais.

De plus, les articles de langue anglaise concernant les soins infirmiers sont très peu présents dans nos centres de documentation. L'auteur a dû mettre à profit un voyage à l'étranger pour se procurer ces articles.

Il est important de savoir que la lecture aisée de l'anglais facilite de manière considérable la constitution d'une bibliographie exhaustive.

Résultats des observations et des questionnaires

L'observation des 28 patients a mis en évidence différents facteurs de risque. Les variables situent les limites et les possibilités que peuvent développer les soignants au cours de leur pratique.

Les réponses aux questionnaires faites par les infirmier(e)s viennent parfois corréler les observations. Elles apportent aussi des divergences et suscitent quelques questions. L'ordre d'importance des facteurs de risques attribués par les infirmier(e)s se présente ainsi :

- immobilité;
- antécédents;
- pathologie;
- alimentation;
- inconfort;
- hydratation;
- traitement;
- âge;
- stress;
- environnement.

Cet ordre de priorité montre la représentation que se font les infirmier(e)s du service sur la constipation. Les réponses donnent des indications sur les soins infirmiers réalisés par les personnels soignants dans ce service. Nous pouvons noter avec étonnement que le stress et l'environnement sont pour elles des facteurs secondaires.

Nous discuterons chaque facteur de risque à partir des observations et des réponses aux questionnaires, en apportant les commentaires relatifs aux connaissances physiopathologiques et bibliographiques.

Nous prendrons pour exemple les facteurs de risque suivants.

Âge et constipation

L'âge n'est pas significatif dans le groupe de patients observés; il y a le même nombre de personnes de 20 à 50 ans que de 51 à 80 ans. Les infirmier(e)s ont placé ce facteur en 8^e position. Il est admis par certains auteurs (Thirolloix, 1974) que les personnes âgées souffrent plus de constipation. Nous constatons que les études en nursing réalisées sur ce sujet sont plus nombreuses en gériatrie (Iseminger et Hardy, 1982; Brown et Everett, 1990). Le phénomène est expliqué par le mode de vie : sédentarité, manque d'activité physique, faiblesse musculaire et alimentation. Cette même situation se retrouve chez les personnes hospitalisées.

Sexe et constipation

Dans notre groupe, 17 patients sont des hommes et 11 sont des femmes. Cette différence ne confirme pas l'idée transmise, que les femmes souffrent plus de constipation (Pluchet, 1990).

Dans l'analyse des facteurs de risque, l'auteur compare ses résultats avec les études publiées et sélectionnées dans la bibliographie. Il établit des liens avec les connaissances de la physiopathologie qu'il a pris soin de définir dans son historique, les observations des patients et les réponses des infirmier(e)s. Cette analyse permet de faire l'état des connaissances sur le sujet. L'exploitation de ces connaissances constitue des nouveaux savoirs.

Les résultats présentés sont un extrait, l'auteur discutera et argumentera tous les résultats émanant de son étude qu'il considère comme prépondérants.

Dans cet extrait de la discussion, nous pouvons percevoir la différence entre l'analyse succincte des résultats et le développement de ces résultats dans la discussion. La discussion servira ensuite de base aux propositions faites dans le paragraphe suivant.

Tableau 26.2. *Symptômes et étiologies des plus fréquents types de constipation.*

Type de constipation	Symptômes	Étiologies
Constipation de progression : constipation atonique la plus fréquente	Retard du transit	Muscles abdominaux atoniques (personne alitée)
Constipation spasmodique	Alternance diarrhée/constipation	Hypermobilité
Constipation d'évacuation	Troubles de l'évacuation sigmoïdo-rectale : – diminution de la sensibilité – perte réflexe – hypotonie des sphincters – hypertonie des sphincters – présences de selles dures dans l'ampoule rectale	Atteinte du système nerveux central Lésion médullaire : – tétraplégie – paraplégie

Propositions

Les propositions s'appuient sur les connaissances anatomo-physiologiques et sur les travaux des spécialistes auxquels nous avons fait référence. Elles tentent de répondre aux besoins exprimés par les infirmier(e)s dans le but d'améliorer la qualité des soins au patient. Les objectifs sont :

1. savoir caractériser une constipation ;
2. identifier des mesures préventives de la constipation dans le service ;
3. proposer un protocole de prévention ;
4. proposer une fiche de suivi comme instrument de mesure et d'évaluation.

L'auteur propose ici un tableau permettant de repérer les caractéristiques des différentes constipations pour répondre à son premier objectif « savoir caractériser une constipation ». Il fera des propositions pour chacun des objectifs annoncés. Les propositions se font toujours à la fin de la discussion.

Conclusion

Cette recherche a permis d'approfondir le sujet de la constipation et d'en dégager des réponses concrètes de prévention.

Ce travail représente une étape et demande à être poursuivi par l'évaluation des mesures proposées. Le suivi et l'évaluation régulière de la constipa-

tion dans un service représentent un indicateur de qualité des soins. Il doit permettre aux équipes soignantes de réajuster, de développer et de faire évoluer leurs connaissances et leurs pratiques. Cette étude doit permettre de reconsidérer la place et la valeur des soins primaires sans lesquels la qualité des soins ne peut être assurée.

► **LA RECHERCHE INFIRMIÈRE EST UNE NÉCESSITÉ** pour le patient, la profession et un enjeu pour l'hôpital. Elle permet :

- d'enrichir les connaissances, de les actualiser avec les connaissances nouvelles et les autres sciences humaines ;
- d'échanger et de communiquer entre infirmier(e)s et avec les autres professionnels de la santé ;
- de proposer des actions de formation pour la formation initiale ou la formation permanente ;
- de faire des choix pertinents au niveau des projets de soins au patient, des projets de service et des hôpitaux que ces choix soient humains, organisationnels, matériels ou économiques ;
- d'améliorer la qualité des soins et de promouvoir la santé ;
- d'approfondir la nature des soins infirmiers et leur place dans une équipe pluridisciplinaire.

L'auteur dans sa conclusion fait le point sur le travail réalisé, il le situe dans un continuum en ouvrant des perspectives. Il restitue le travail par rapport à l'objectif de départ et il rappelle son intérêt pour la qualité des soins et la pratique soignante.

Bibliographie

- ADAM E. *Ère infirmière*. Montréal, 1979.
- BESNIER J.-J. Épidémiologie, fibre et cancer du côlon. Les hypothèses. *Impact Médecin*, 68, 1990, 4-5.
- BOISSON J. Essai du Daphlac (lactulose) pour le sevrage des laxatifs irritants. *Concours médical*, 20 novembre 1990, 112-132.
- BOMMELAER G., MICHELLAND O. Une constipation, orientation diagnostic et conduite à tenir. *Revue du Praticien*, 7, 1989, 625-630.
- BONMARLHAND G., GIRAULT Ch., LEROY J. La pseudo-occlusion colique. Monographie de la société de réanimation de langue française. Réanimation et appareil digestif. Expansion scientifique française, 1991, 40-48.
- BOISSON R., LINZEAU E. Physiopathologie de la constipation chronique idiopathique. *Unité des sexes fonctionnels pour un traitement différencié*. Édition Médecine et Hygiène, Genève, 45, 1987, 2382-2390.
- BROWN M.K., EVERETT L. Gentler Bowel Fitness with Fiber. *Geriatric Nursing*, 11, 1990, 26-27.
- CATTAN R. Comment traiter la constipation. Flammarion, Paris, 1953.
- COLIN R. La constipation. *Impact Médecin, Dossier du Praticien*, 68, 1990, 3-4.
- COLLIÈRE M.-F. *Promouvoir la vie*. InterÉditions, Paris, 1982, 37-70.
- Décret du 27 juin 1922 (JO du 1^{er} juillet 1922) Portant institution du brevet de capacité d'infirmière professionnelle. Documentation française.
- Décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière. JO, 24 juillet 1984. Rectificatif JO 26 septembre 1984.
- DE SAINT LOUVENT P. Rééducation intestinale du paraplégique. *Cahiers rééducation réadaptation fonctionnelle*, 3, 1979, 88-93.
- DE SAINT LOUVENT P., JORRE S., PANNIER S. Troubles du transit intestinal chez les paraplégiques adultes centraux. *Annales de médecine physique*, 25, 1982, 21-32.
- DEVROEDE G. La constipation, du symptôme à la personne. *Psychologie médicale*, 17, 1985, 1515-1524.
- DROSSMAN D.A. Caractérisation de la fonction intestinale et diagnostic du syndrome de l'intestin irritable par enquêtes et questionnaires. *Gastro-entérologie clinique et biologique*, 14, 1990, 37C-41C.
- EON B., AUFRAY J.-P. Les complications de la nutrition entérale de l'adulte chez un patient en réanimation polyvalente. *RFD*, 130, 1989, 24-29.
- FREXINOS J., PACALIN J., QUINTON A., DURANT B., BANCOS J., ESCOURRU J., LOUIS A. Étude contrôlée des galettes à base de son dans le traitement des troubles fonctionnels intestinaux. *Concours Médical*, 10 mars 1979, 101-110.
- FREXINOS J., ESCOURRU J., LAZORTHES F., PASCAL J.-P., BALAS D., DUFFAUT M., FORTANIER G., BOMMELAER G., SUTUGA P., LEMOZY J., SEGUELA J.-P., VOIGT J.-J. Hépatogastro-entérologie clinique. Éditions SIMEP, Paris, 1988, 218-219.
- FREXINOS J. Regards sur l'histoire de l'intestin irritable gastro-entérologie clinique et biologique. 14, 1990, 5C-8C.
- GAUTHIER G. Aspects physiologiques sociaux et psychologiques de la constipation. Montréal université, Montréal, 1977.
- GOSSSELIN S. La constipation chronique en soins prolongés. *Le médecin du Québec*, avril 1989, 75-79.
- GRODDEK G. Du ventre humain et de son âme. Gallimard, Paris, 1971.
- GUÉDON C. La constipation. *Impact Médecin, Dossier du praticien*, 68, 1990, 14-22.
- GUERRE J., CHAUSSE S. Constipation. *Nouvel abord. Annales gastro-entérologie-hépatologie. Progrès en coloproctologie*, 4, 1987, 201-205.
- GUYON L. *Miroir de beauté et santé corporelle*. Éditions Daniel Goyer et Jacques Facton, Paris, 1973.
- GUYOT J. La constipation chronique. *Médecine et Hygiène* Lausanne, 5, 1989, 223-224.
- ISERNINGER M., HARVEY P. Bowel Works. *Geriatric Nursing*, nov-déc 1982, 402-403.
- LAIRON D. Fibres solubles et Métabolisme des lipides. *Impact Médecin*, 68, 1990, 11.
- LEVY E., FRILEUX P., OLLIVIER J., MASINI J., DESNAULT M., NORLINGER B., HANNOUN L., PARC R. La nutrition entérale continue en réanimation. *RFD*, 130, 1989, 3-6.
- LEWIN D. Care of the constipated patient. *Nursing Times*, 72, 1976, 444-446.
- Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 (JO du 1^{er} juin 1978) modifiant les articles L.473, L.476 du Code de la santé publique relatif à la profession d'infirmière. Documentation française.
- PARLIER H. Guide pratique de la constipation. Collection scientifique Robert et Carrère, 13, 1981, 33-53.
- PERROTIN D., LEGRAS A., BOULAIN T., GINIES G. Diarrhée sous nutrition entérale en réanimation. Essai de prévention par produit absorbant. Monographie de la société de réanimation de langue française. Expansion scientifique française, 1991, 52-55.
- PLUCHET R. Les selles de la vie. L'impatient. *Le réflexe santé*, 154, 1990, 9-11.
- Programme d'études préparatoires au diplôme d'état d'infirmiers. Ministère de la Santé et de la Famille, arrêté du 12 avril 1979. Publié au JO du 14 avril (1979). Documentation française.
- RACHET J., BUSSON A., MUFFANG Y. Mémoires originaux : Étude de la physiopathologie de la défécation (Paris), 40, 1951, 829-835.
- REBARD C. Nutrition : qu'appelle-t-on fibres alimentaires ? *Impact Médecin*, 68, 1990, 1-2.

L'auteur dans son mémoire a utilisé la méthode Harvard pour classer sa bibliographie.

Résumé

La prise en charge globale du patient par l'infirmier(e) dans une équipe pluridisciplinaire est indispensable pour garantir la qualité des soins. La constipation en référence à la législation professionnelle concerne :

- le rôle propre de l'infirmier(e) ;
- le rôle interdépendant avec le médecin ;
- le rôle d'exercice sur prescription.

Le nombre des patients hospitalisés qui souffrent de constipation dans le service de soins intensifs est trop important, d'où l'idée d'une recherche en soins infirmiers.

1. Le but est d'approfondir le sujet, de préciser les mesures préventives, d'améliorer le suivi des actions, de permettre l'évaluation pour l'amélioration du service rendu au patient.

2. L'analyse du problème que pose la constipation aux patients et aux infirmier(e)s s'appuie sur :

- une étude de cas ;
- une observation prospective de 28 patients ;
- un questionnaire rempli par 19 infirmier(e)s.

3. Les observations mettent en évidence les facteurs de risque les plus significatifs dans la population observée. Ce sont : l'immobilité, les pathologies neuro-musculaires, l'alimentation et l'hydratation. L'usage des laxatifs est important et les interventions mécaniques sont très fréquentes. Les réponses des infirmier(e)s aux questionnaires révèlent cinq types de difficultés :

- pour reconnaître le type de constipation ;

- pour les éviter ;
- pour les traiter ;
- pour collaborer avec le médecin ;
- pour le suivi des actions infirmières.

Les propositions ont pour objectif de répondre aux besoins exprimés par les infirmier(e)s :

1. savoir caractériser une constipation ;
2. identifier les mesures préventives ;
3. proposer un protocole de prévention ;
4. proposer une fiche de suivi comme outil de mesure et d'évaluation.

4. Cette recherche a permis d'approfondir le sujet, de dégager des réponses concrètes, étape préalable au suivi et à l'évaluation, nécessaire pour l'amélioration de la qualité des soins.

5. Mots-clés : prévention, constipation, facteurs de risque, qualité de soins, modèle global, équipe pluridisciplinaire.

L'auteur dans son résumé décrit : (1) le but et les objectifs ; (2) sa méthode ; (3) les principaux résultats ; (4) sa conclusion ; il définit (5) ses mots-clés.

Publication

Outre le mémoire, l'auteur a publié sa recherche sous forme d'un livre :

BRETIN M.M. *La prévention des constipations*, Cahiers de recherche en soins infirmiers, Maloine, Paris, 1995, 75 p.

La publication aurait pu être faite sous forme d'articles dans des revues professionnelles.

De la motivation pour la recherche à la réalisation d'un travail de recherche

La motivation est-elle suffisante pour la réalisation d'un travail de recherche ?

Il paraît bien difficile d'inclure la réalisation d'un travail de recherche dans la pratique quotidienne des soins sans formation préalable, quelle que soit la motivation de l'infirmier(e). C'est pour cette raison que le service de la délégation à la recherche clinique de l'AP-HP, en partenariat avec l'Institut d'enseignement des cadres supérieurs hospitaliers (IESCH), offre aux professionnels de santé dont le projet de recherche a été sélectionné une formation d'initiation à la recherche. Mais il faut déjà avoir défini son protocole de recherche, ce qui implique d'avoir acquis en grande partie le raisonnement permettant de préciser un questionnement ou une hypothèse de recherche. Il est donc nécessaire de savoir observer, analyser, comparer, dégager les principaux éléments et en faire la synthèse avant de réaliser le protocole de recherche.

Il est possible d'aider les infirmier(e)s à entrer dans le processus de recherche en soins infirmiers en les initiant à l'évaluation de la qualité des soins (Jacquerey, 1983). Cette démarche n'exclut pas le besoin d'une formation d'initiation à la recherche, mais elle peut être une aide efficace pour développer l'esprit d'observation, d'analyse, de synthèse en s'appuyant sur l'exercice quotidien des soins. Pour l'infirmier(e), l'évaluation de la qualité des soins est donc initialement une réflexion sur sa propre pratique, pour définir quels sont les critères qui vont permettre d'évaluer la qualité d'un soin, d'une procédure, d'un protocole de soins.

Quelle est l'infirmier(e) qui ne s'est pas posé(e) ces questions : « est-ce que je donne des soins de qualité, quels sont les bénéfices pour le patient, faut-il changer la planification des soins, les protocoles de soins apportent-ils un plus pour les patients, les transmissions permettent-elles une bonne prise en charge du patient sur les 24 heures ? »

L'évaluation permet de mesurer l'écart entre le référentiel de qualité et la situation observée (Magnon, Dechanos, 1995). Elle peut mettre en évidence une problématique justifiant une recherche.

Conclusion

Nous pouvons dire que la recherche en soins infirmiers et l'évaluation de la qualité des soins reposent sur des méthodes scientifiques. Ces démarches font évoluer le savoir empirique vers un savoir infirmier scientifique.

► LA RECHERCHE ABOUTIT À LA PRODUCTION DE NOUVELLES CONNAISSANCES EN SOINS INFIRMIERS.

Ces dernières doivent être diffusées à l'ensemble des professionnels, pour le bénéfice des patients et de leur entourage (congrès, publications, etc.).

Ces connaissances nouvellement acquises seront aussi enseignées dans les formations initiales en

Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et dans les formations continues afin d'élargir et enrichir le savoir infirmier.

La recherche en soins infirmiers en France s'organise de manière récente à travers une formation universitaire centrée sur l'initiation à la recherche, l'évaluation de la qualité des soins, l'audit en soins infirmiers, donnant naissance à des professionnels — les « cadres infirmiers experts » — ayant dans leur mission de développer et d'aider les autres professionnels à réaliser des travaux de recherche dans le domaine des soins infirmiers.

Hidden page

ANNEXE : QUESTIONNAIRE

Questionnaire portant sur la formation des infirmières, par rapport à la constipation en vue d'un travail de maîtrise en soins infirmiers sur le thème : la prévention de la constipation dans un service de soins intensifs.

Élèves infirmières

I. Connaissances liées à la constipation

A. La constipation est vue dans vos études sous l'angle physiologique en 1^{re} année.

1. Sous quelle forme ?

- | | | | |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| magistrale | OUI ☐ | NON ☐ | Autre ☐ |
| auditionnelle | OUI ☐ | NON ☐ | Autre ☐ |
| travail de groupe | OUI ☐ | NON ☐ | Autre ☐ |
| travail personnel | OUI ☐ | NON ☐ | Autre ☐ |
| Nombre d'heures ? | | | |

2. Par qui ?

- | | | |
|------------|------------------------------|------------------------------|
| médecin | OUI ☐ | NON ☐ |
| interne | OUI ☐ | NON ☐ |
| infirmière | OUI ☐ | NON ☐ |

3. Suite à cet enseignement, pensez-vous que vous maîtrisez les connaissances concernant la physiologie de la constipation ?

OUI ☐ NON ☐

Pourquoi ?

B. La constipation est vue en 3^e année (module 6) sous l'angle physiopathologique.

1. Sous quelle forme ?

- | | | | |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| magistrale | OUI ☐ | NON ☐ | Autre ☐ |
| audiovisuelle | OUI ☐ | NON ☐ | Autre ☐ |
| travail de groupe | OUI ☐ | NON ☐ | Autre ☐ |
| travail personnel | OUI ☐ | NON ☐ | Autre ☐ |

2. Dans quel domaine ?

- | | |
|----------------------------------|-------------------|
| Pathologie digestive : | – médicale |
| | – chirurgicale |
| Pathologie aux différents âges : | – pédiatrie |
| | – adulte |
| | – personnes âgées |

3. Par qui ?

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| médecin ☐ | interne ☐ | infirmière ☐ |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|

II. Les soins infirmiers liés à la constipation

La constipation en tant que symptôme ou syndrome est-elle traitée dans vos études pendant la :

1^{re} année ☐ 2^e année ☐ 3^e année ☐

Est-elle abordée de manière globale ?

OUI ☐ NON ☐

Fait-elle l'objet d'un cours par :

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| médecin ☐ | interne ☐ | infirmière ☐ |
| Nombre d'heures ? | | |

L'accent est-il mis sur :

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| – les signes | OUI ☐ | NON ☐ |
| – les facteurs risques | OUI ☐ | NON ☐ |
| – le traitement | OUI ☐ | NON ☐ |
| – les attitudes infirmières | OUI ☐ | NON ☐ |

Dans la dimension des soins :

- | | | |
|-------------|------------------------------|------------------------------|
| – curatif | OUI ☐ | NON ☐ |
| – préventif | OUI ☐ | NON ☐ |
| – éducatif | OUI ☐ | NON ☐ |

La constipation est-elle abordée d'une manière ponctuelle associée à différentes :

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| – pathologies | OUI ☐ | NON ☐ |
| occlusion ☐ | fécalome ☐ | cancer ☐ |
| | autres ☐ | |

Les soins infirmiers s'y rattachant mettent l'accent sur :

1. La conduite à tenir :

- | | | |
|--------------|---------------------|--------------------------|
| – curative | lavement | ☐ |
| | extraction manuelle | ☐ |
| – préventive | hygiéno-diététique | ☐ |
| | postures | ☐ |
| – éducative | hygiène de vie | ☐ |

2. Les traitements utilisés :

- leur efficacité
- leur risque

3. Autres thérapeutiques possibles :

- relaxation
- massages
- mobilisation
- phytothérapie
- autres

III. Rôle infirmier face à la constipation

A. Suite à cette formation, le problème de la constipation vous semble-t-il être :

1. Un problème relevant du rôle propre

OUI ☐ NON ☐

Pourquoi ?

2. Un problème relevant du rôle interdépendant avec le médecin

OUI ☐ NON ☐

Pourquoi ?

3. Un problème relevant du rôle sur prescription

OUI ☐ NON ☐

B. Quelle démarche utilisez-vous le plus fréquemment

1. Recueil de données

- habitudes d'élimination
- habitudes alimentaires
- activité physique

1 = rare ☐ 2 = souvent ☐ 3 = toujours ☐

2. Pose d'un diagnostic infirmier

1 = rare ☐ 2 = souvent ☐ 3 = toujours ☐

3. Fixer un objectif de soin

1 = rare ☐ 2 = souvent ☐ 3 = toujours ☐

4. Plan d'action

- préventif
- éducatif
- curatif

1 = rare ☐ 2 = souvent ☐ 3 = toujours ☐

5. Évaluation et réajustement

1 = rare ☐ 2 = souvent ☐ 3 = toujours ☐

C. En tant que future infirmière, ce problème de santé primaire doit-il faire l'objet d'une attention particulière dans le but d'améliorer le confort et la qualité des soins ?

OUI ☐ NON ☐

Sous quelle forme ?

- sensibilisation des infirmières
- sensibilisation des médecins
- formation complémentaire
- projet de soins, la constipation étant un indicateur de qualité
- éducation des patients et des familles
- prévention des patients et des familles

D. Ce thème vous semble-t-il être :

- a. d'intérêt professionnel
- b. de santé publique
- c. d'intérêt individuel

Je vous remercie de votre collaboration.

Glossaire général

I. DÉMARCHE RELATIONNELLE

accompagner. — Étymologiquement, prendre son pain avec. Être de cœur avec une personne dans le but de l'aider dans son évolution.

aide. — Action d'intervenir en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens.

angoisse. — Manifestation du conflit entre la pulsion et le surmoi, qui s'exprime par une appréhension pénible et parfois intense, liée à l'attente d'un danger à venir imprécis et mal définissable.

archétypes. — Vieux modes de pensée primitifs et analogiques vivant encore dans nos rêves, qui nous restituent ces vieilles images ancestrales (C. Jung).

autonomie. — Processus par lequel une personne, guidée par son individualité et lâchant toute dépendance, acquiert et détermine elle-même ses propres règles de conduite, de façon responsable.

cadre de référence. — Cadre établi à partir de situations répétitives, de croyances, de décisions, de mémoires intégrées et expérimentées dans la petite enfance, et dont l'adulte se sent souvent prisonnier dans son quotidien.

conscient. — État d'éveil permettant d'être en mesure de contacter ses sensations, ses sentiments, ses pensées, et de les verbaliser.

contre-transfert. — Ensemble des émotions, réactions et attitudes activées chez le thérapeute face à un patient.

déni. — Refus de reconnaître la réalité d'une perception vécue comme traumatisante.

dépendance. — Situation de sujétion, de soumission, de subordination à autrui.

dépression. — Perturbation de la personnalité caractérisée par un sentiment d'impuissance et de désespoir, une perte de l'auto-estime, et un certain épuisement de l'énergie vitale; expression inconsciente d'une demande d'évolution.

développement. — Série d'étapes par lesquelles passe l'être humain pour atteindre son plein épanouissement.

idéalisations. — Processus qui tend à rendre parfait une personne, un lieu ou une situation.

inconscient. — Toute opération mentale et toute représentation inaccessible à la conscience du sujet, en lien avec son passé personnel (*Dictionnaire de psychologie*).

inconscient collectif. — Inconscient composé de matériaux impersonnels, collectifs, d'archétypes, communs à toute l'humanité et à l'origine de toutes les grandes images mythiques.

individu. — Être humain dans sa globalité, ne pouvant être divisé.

interdépendance. — Dépendance mutuelle de tous les êtres humains, dont l'influence est certaine sur l'individu.

intimité. — Relation sincère d'être à être, et non plus de personnage à personnage, où chacun exprime authentiquement ses sentiments et émotions, sans jeux ni messages indirects, ni tentatives d'exploration de l'autre, en assumant sa responsabilité sans vouloir l'imputer à l'autre.

intuition. — Du latin *intueri*, contempler dans. Possibilité d'être totalement en contact avec les autres, avec les événements, permettant une connaissance directe et immédiate de la vérité, sans nécessiter de raisonnement.

jeux. — Échanges basés sur des croyances, des préjugés, des rôles, mis en scène avec, pour chacun, un mobile caché inconscient, et qui a pour résultat que chacun se sent finalement confus, incompris, et convaincu que la faute incombe à l'autre.

névrose. — Compromis élaboré inconsciemment par un sujet, qui se débat avec lui-même, dans une situation continue de conflit intérieur (E. Fromm).

obsession. — Du latin *obsidere*, assiéger. Intrusion d'une idée dans la pensée d'un sujet, d'une représentation qui s'impose à lui, l'envahit, l'assiège (E. Fromm).

paranoïde. — Stade de développement de l'enfant, se situant entre 6 et 9 mois, où l'enfant commence à sortir de la fusion avec la mère et à découvrir que le monde extérieur existe.

projection. — Mécanisme de défense par lequel une personne rejette vers l'extérieur une pulsion

Hidden page

II. DÉMARCHE ÉDUCATIVE

affectif (domaine). — Centré sur les attitudes, les sentiments des apprenants, leurs valeurs.

apprentissage.

— modification adaptative du comportement au cours d'épreuves répétées (Pieron, 1951);

— modification adaptative du comportement individuel résultant de l'expérience (Thorpe, 1956);

— changement relativement permanent d'une condition en puissance de se réaliser, consécutif à la pratique d'une activité suivie d'un renforcement (Kimble, 1961);

— changement dans la performance au regard de la pratique (McGeoch, 1942).

approche systémique. — Théorie tenant compte de l'interdépendance des éléments d'un objet conçu comme une totalité. Fait d'aborder les éléments d'un problème en les considérant comme un tout interdépendant.

aptitudes. — Ensemble de capacités innées ou acquises, considérées dans la capacité d'apprendre pour une personne.

attitudes. — Fondées sur ce que dit ou fait une personne, soit sur un comportement visible : le savoir-être.

auditif (être). — Personne qui code l'information par des évocations sonores. Elle les entend ou se les parle.

béhaviorisme. — Conception de l'activité intellectuelle qui s'attache aux corrélations entre les stimuli extérieurs et les comportements. Pédagogie traduite en comportements attendus de l'apprenant.

besoin d'apprentissage. — Désir, intérêt porté à l'appropriation d'un savoir.

besoin de santé.

— *besoin réel* : étroitement lié au modèle biomédical, les moyens mis en œuvre pour y répondre sont principalement la prévention et le traitement des problèmes de santé;

— *besoin ressenti* : reconnu par les personnes en lien avec leurs représentations, leurs croyances et leurs valeurs;

— *besoin exprimé* : conscientes de leurs besoins, eux-mêmes identifiés, les personnes sollicitent une demande, une intervention;

— *besoin assumé* : les personnes sont capables de se mobiliser pour résoudre leurs problèmes selon

leurs moyens. Ils identifient un dynamisme et une volonté de changement;

— *besoin à évaluer ou à découvrir* : les personnes ressentent un problème mais elles ignorent les causes et les solutions;

— *besoin latent* : il peut devenir ressenti et exprimé à l'occasion d'un événement particulier.

cognitif (domaine). — Action centrée sur le savoir de l'apprenant, la compréhension et l'interprétation d'une situation, la résolution d'un problème posé.

compétences. — Aptitudes reconnues, capacités requises pour assurer certaines fonctions.

concept. — Représentation mentale, générale et abstraite d'une chose.

demande. — Un besoin exprimé constitue une demande :

— *demande potentielle* : demande de services de santé correspondant à l'écart entre les besoins perçus et ceux déterminés par les professionnels de santé;

— *demande exprimée* : demande adressée aux services de santé mis à la disposition de la population.

évaluation. — Jugement de valeur incluant une composante « mesure » et une composante « jugement et décision ».

— *évaluation du processus* : vise à comprendre la démarche lors de l'apprentissage, à déceler l'origine des difficultés et apprécier le degré d'atteinte des objectifs. Elle est centrée sur le fonctionnement de l'apprenant et les stratégies d'apprentissage;

— *évaluation des résultats* : vérifie que les objectifs sont atteints. Elle est centrée sur les savoirs et les savoir-faire;

— *évaluation croisée* : évaluation entreprise entre pairs;

— *autoévaluation* : évaluation faite par l'apprenant.

facteur de risque. — Précurseur de l'apparition d'une maladie. Caractéristique d'un individu ou de son environnement qui rend cette personne plus susceptible qu'une autre ne possédant pas cette caractéristique. Il est basé sur les déterminants de la santé.

fonction d'encadrement. — Actions pédagogiques visant à accompagner une personne en vue d'assurer au mieux un apprentissage.

Hidden page

IV. STRATÉGIES DE RECHERCHE

analyse. — Opération intellectuelle consistant à décomposer une œuvre, un texte en ses éléments essentiels, afin d'en saisir les rapports et de donner un schéma de l'ensemble. Opération de logique consistant à remonter d'une proposition à d'autres propositions reconnues pour vraies d'où on puisse ensuite la déduire.

cible. — But.

épidémiologie. — La recherche épidémiologique se définit en deux types d'étude :

– *épidémiologie descriptive* : conduit à des enquêtes sur une situation sanitaire dont on veut mesurer l'impact quantitatif.

Exemples : enquêtes dans les domaines du tabac, sida, toxicomanie, maltraitance des enfants, nutrition, intoxication alimentaire dans les cantines scolaires, puis les études de morbidité et de mortalité.

– *épidémiologie causale ou analytique* : d'une part, recherche les facteurs de risque (les méthodes d'enquête utilisées sont : les études cas témoins ou de cohorte); et d'autre part, les essais thérapeutiques qui ont à mesurer l'efficacité des traitements médicaux, chirurgicaux et préventifs.

Exemples : recherche des causes d'épidémie des infections post-opératoires, d'épidémie de surinfections pulmonaires au cours des hospitalisations prolongées en soins intensifs, etc.

évaluation de la qualité des soins infirmiers. — Appréciation de l'écart existant entre une pratique observée et une pratique optimale préalablement définie.

hypothèse. — Ce n'est qu'une proposition qu'il s'agit de démontrer.

nomothétique. — Se dit des sciences, des disciplines qui cherchent à établir des lois.

objectif. — But à atteindre, point contre lequel est dirigé une opération stratégique ou tactique.

protocole sciences techniques. — Ensemble de règles et d'opérations dont l'ordre strict doit être respecté dans la conduite d'une expérience.

protocole de recherche. — Le protocole de recherche transforme une idée initiale en un plan d'actions qui respecte les différentes phases du processus de recherche. Il comprend plusieurs étapes qui sont réalisées dans un ordre chronologique.

protocole de soins infirmiers. — C'est le descriptif des techniques à appliquer ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou pour l'administration de soins. Le protocole est un guide d'application des procédures de soins centré sur une cible (groupe, communauté, population), présente sous forme synthétique et élaborée selon une méthodologie précise.

problématique. — Ensemble de questions posé dans un domaine de la science, de la philosophie, de la politique.

référentiel de qualité. — C'est la procédure de référence écrite, le degré de qualité à atteindre.

variable dépendante. — Variable dont la valeur doit être exprimée en fonction d'une autre variable dite indépendante.

variable indépendante. — Variable pouvant prendre des valeurs arbitrairement choisies.

Hidden page

CAHIER D'ENTRAÎNEMENT

SUJETS CORRIGÉS • SUJETS CORRIGÉS • SUJETS CORRIGÉS



Tests de connaissances
Mini-cas concrets
Cas concrets types

3.

Table des matières du cahier d'entraînement

TESTS DE CONNAISSANCES		
	Sujets	Corrigés
Démarche relationnelle	163	165
Démarche éducative	164	167
MINI-CAS CONCRETS		
	Sujets	Corrigés
Mini-cas concret 1	170	171
Mini-cas concret 2	170	171
CAS CONCRETS TYPES		
	Sujets	Corrigés
Cas concret 1	172	175
Cas concret 2	172	177
Cas concret 3	173	180
Cas concret 4	174	186

Tests de connaissances

Sujets

Démarche relationnelle

1. Donnez une définition de l'infirmier(e).
2. Quelles sont les deux dimensions de la profession de l'infirmier(e) ?
3. Qu'est-ce qu'un décret ?
4. Les actes ou soins infirmiers inscrits dans l'article 8 du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier(e) ont une particularité – laquelle ?
5. Le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier(e) abroge deux autres décrets – lesquels ?
6. De quelle nature sont les soins infirmiers ?
7. Quelle est la particularité des actes ou des soins infirmiers inscrits dans l'article 3 du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier(e) ?
8. Quels sont les points importants de la relation d'aide ?
9. Quand intervient la relation d'aide ?
10. Comment définiriez-vous la communication ?
11. Qu'est-ce qu'une bonne communication ?
12. Citez les facteurs d'une bonne communication.
13. Quel est l'avantage de la communication non verbale, quel est son inconvénient ?
14. Quels sont les moyens pour émettre un message dans la communication non verbale ?
15. Qu'est-ce que le feed-back ?
16. En quoi est-il nécessaire ?
17. Quelles sont les difficultés rencontrées au cours d'un dialogue ?
18. Test d'aptitudes personnelles.

Directives générales : au cours des entretiens et conversations suivants vous devrez choisir entre plusieurs réponses celle qui serait la plus proche de votre façon de penser. Chacune des réponses exprime une attitude mais aucune n'est meilleure que les autres.

Pour chacune des situations ci-dessous entourez la réponse que vous donneriez.

- Une personne se présente aux urgences pour une douleur bénigne du poignet depuis trois jours. Cette personne explique à l'infirmier(e) qu'elle n'a pas eu le temps d'aller chez son médecin généraliste.

Réponses possibles :

1. « Il y a quatre heures d'attente, vous feriez mieux de prendre rendez-vous avec votre médecin traitant. »
 2. « Installez-vous, un médecin va vous examiner. Mais il va falloir attendre plusieurs heures. »
 3. « Dès que possible un médecin va vous examiner et vous indiquera s'il faut faire des investigations dans l'immédiat ou s'il est préférable d'aller chez votre médecin pour vous éviter une attente inutile. »
 4. « Ce n'est pas une urgence ! Pourquoi venir ici ? »
- Une jeune femme hospitalisée pour une péritonite se plaint à l'infirmier(e) du matin d'avoir mal dormi car elle était inquiète pour son bébé qu'elle a dû laisser à la maison.

Réponses possibles :

1. « Je sais ce que c'est, moi aussi je l'ai laissé avant de venir travailler. »
 2. « Et alors, vous l'avez laissé avec son papa ! »
 3. « Avez-vous appelé la personne qui s'en occupe pour savoir comment il a passé la nuit ? »
 4. « Qu'est-ce qui vous inquiète ? »
- Un patient séropositif VIH, hospitalisé dans un service de réadaptation, ne veut plus prendre son traitement car le médecin a diminué sa dose de Rivotril.
1. « Vous n'avez pas à interrompre votre traitement, vous n'êtes pas médecin. »

2. « C'est le médecin qui a prescrit ce changement de traitement, vous n'avez qu'à voir avec lui. »
3. « Vous n'êtes pas d'accord, je l'entends bien, mais prenez au moins votre traitement antirétroviral. »
4. « Vous pourriez prendre le traitement ce soir et discuter de votre mécontentement avec le médecin demain. »
5. « Prenez votre traitement, qu'est-ce que ça change pour vous ? »

19. Exercice de situation.

M. X. est en service de rééducation après un accident de moto à la suite duquel il est devenu paraplégique; il évolue en fauteuil roulant. Sa rééducation se passe bien, il se déplace et passe du lit au fauteuil seul et en toute sécurité à l'aide de son fauteuil. C'est un patient agréable, qui parle librement des problèmes provoqués par son handicap.

Ce jour M. X. a été agressif et véhément envers un soignant qui ramassait son paquet de cigarettes, tombé et hors d'atteinte. Il injurie le soignant au moment où ce dernier lui tend ses cigarettes.

- **Que feriez-vous en tant que soignant ?**
 - Vous cherchez à comprendre pourquoi il a eu cette attitude agressive, qui ne lui correspond pas.
 - Vous partez sans un mot.
 - Vous vous mettez en colère et vous lui répondez.
 - Vous adoptez une attitude compatissante.
- **Quelques minutes plus tard, le patient, après s'être calmé, vient vous voir :**
 - Vous allez vers lui, en pensant qu'il a quelque chose à vous dire.
 - Vous l'ignorez et vous attendez qu'il vous adresse la parole.
 - Vous lui faites un sourire compatissant, lui signifiant que tout a été oublié.
 - Vous lui faites des reproches quant à son attitude passée.
- **Le patient reconnaît s'être emporté; il exprime ses craintes de ne plus progresser en rééducation.**
 - Vous vous asseyez et vous en discutez avec lui.
 - Vous lui proposez d'aller dans un endroit plus calme pour en discuter.
 - Vous lui dites que ce n'est rien, que c'est juste un mauvais moment à passer.
- **Le kinésithérapeute vient le chercher pour la rééducation et le patient refuse d'y aller.**

- Vous le persuadez d'y aller en lui demandant d'arrêter ses caprices d'enfant.
- Vous laissez faire sans prendre part à la conversation.
- Vous lui expliquez que c'est important et qu'il faut continuer, mais qu'aujourd'hui il peut ne pas y aller et reprendre demain.

CORRIGÉS pages 165-167

Démarche éducative

1. Indiquez les différentes étapes de l'apprentissage.
2. Citez au moins sept facteurs d'influence du comportement.
3. Quels mécanismes conditionnent un apprentissage efficace ?
4. Citez les différentes phases de la démarche éducative.
5. Définissez la démarche éducative.
6. Quels préalables sont à prendre en compte pour réaliser une démarche éducative pertinente ?
7. À quelle étape de la maladie pouvez-vous entreprendre une démarche éducative ? Argumentez votre réponse.
8. Argumentez sur quels savoirs repose l'apprentissage.
9. À partir de quelles aptitudes, l'infirmier(e) conduit une démarche éducative ?
10. Comment déterminez-vous le contenu de la démarche éducative ?
11. Citez les qualités d'un objectif éducationnel.
12. L'apprentissage du geste s'appuie sur quelles logiques ?
13. Nommez les facteurs qui conditionnent l'apprentissage dans le modèle psychosocial et illustrez par un exemple.
14. La démarche éducative : (Cochez la ou les bonnes réponses)
 - a. relève de la fonction d'encadrement; ☐
 - b. relève du rôle propre de l'infirmier(e); ☐
 - c. fait partie intégrante du soin infirmier. ☐
15. Parmi les outils cités, quels sont ceux appartenant à la pédagogie active ? (Cochez la ou les bonnes réponses)
 - a. photolangage; ☐

- b. exposé; ☐
- c. brainstorming; ☐
- d. cassette-vidéo. ☐
16. Sur quels référentiels s'appuie la démarche éducative? (Cochez la ou les bonnes réponses)
- a. la santé; ☐
- b. la maladie; ☐
- c. l'homme; ☐
- d. le soin infirmier. ☐
17. La démarche éducative se pratique dans le domaine : (Répondez par vrai ou faux)
- a. préventif; vrai/faux
- b. curatif; vrai/faux
- c. de réhabilitation. vrai/faux
18. Sur quels critères analysez-vous les besoins d'apprentissage?
19. Que doit contenir un objectif éducationnel?
20. Par quelles stratégies pouvez-vous entreprendre une démarche éducative?
21. À quels articles du décret de compétences n° 2002-194 du 11 février 2002 se réfère la démarche éducative?
22. Expliquez les enjeux de la démarche éducative dans la politique de santé.
23. À partir de quels critères déterminez-vous l'évaluation de la démarche éducative?
24. Expliquez l'intérêt du protocole éducatif auprès d'un patient hospitalisé bénéficiant d'une démarche éducative.
25. Sur quels points la théorie cognitive valorise-t-elle les résultats de l'apprenant par rapport à la théorie behavioriste?

CORRIGÉS pages 167-169

Corrigés

Démarche relationnelle

1. Donnez une définition de l'infirmier(e)

Réponse : Est considéré(e) comme exerçant la profession infirmière toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien qui relève de son rôle propre.

En outre, l'infirmier(e) participe à différentes actions notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation, et d'encadrement.

2. Quelles sont les deux dimensions de la profession de l'infirmier(e)?

Réponses :

1. La dimension technique.
2. La dimension relationnelle.

3. Qu'est-ce qu'un décret?

Réponse : Le décret définit les modalités d'application de la loi sur décision du président de la République ou du Premier ministre et est publié au *Journal officiel*.

4. Les actes ou soins infirmiers inscrits dans l'article 8 du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatifs

aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier(e) ont une particularité – laquelle?

Réponse : Ils peuvent être effectués par un(e) infirmier(e) à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment.

5. Le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier(e) abroge deux autres décrets – lesquels?

Réponse : Le décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier(e) et le décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier(e).

6. De quelle nature sont les soins infirmiers?

Réponse : Préventifs – curatifs – palliatifs; et intégrant qualité technique et qualité des relations avec les malades.

7. Quelle est la particularité des actes ou des soins infirmiers inscrits dans l'article 3 du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier(e)?

Réponse : Relèvent du rôle propre de l'infirmier(e) les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de

Hidden page

- Quelques minutes plus tard, le patient, après s'être calmé, vient vous voir :
Réponse : Aller vers lui est le signe d'une communication non verbale.
- Le patient reconnaît s'être emporté; il exprime ses craintes de ne plus progresser en rééducation.
Réponse : Un endroit plus calme est plus approprié aux confidences.
- Le kinésithérapeute vient le chercher pour la rééducation et le patient refuse d'y aller.
Réponse : Vous essayez avec l'accord du kinésithérapeute, de le laisser tranquille ce jour.

Démarche éducative

1. Indiquez les différentes étapes de l'apprentissage.
 - Identifier l'existence d'un comportement.
 - Évoquer le désir de nouvelles connaissances.
 - Ressentir le besoin de prendre une décision.
 - Arrêter cette décision.
 - Essayer le comportement.
 - L'adopter.
 - L'adapter.
 - Se l'approprier.
2. Citez au moins sept facteurs d'influence du comportement.
 - Le besoin, le désir, la pulsion.
 - L'environnement.
 - La santé physique, psychologique.
 - La culture.
 - L'éducation.
 - Le groupe d'appartenance.
 - Les valeurs, les croyances, la religion.
 - Les normes.
 - Les facteurs socio-économiques.
 - Les finances.
 - Le domaine de l'irrationnel.
 - Les attitudes.
3. Quels mécanismes conditionnent un apprentissage efficace ?
Les facteurs personnels liés au savoir et au vouloir : l'âge, le besoin, le niveau de scolarité.
Les facteurs environnementaux liés au pouvoir : la situation familiale, la culture, la disponibilité.

4. Citez les différentes phases de la démarche éducative.
 - L'identification et l'analyse des besoins d'apprentissage.
 - La détermination des priorités et le repérage des facteurs influençant l'apprentissage.
 - L'élaboration des objectifs éducationnels.
 - La détermination du contenu et le choix des moyens pédagogiques.
 - La mise en œuvre de l'action éducative.
 - L'évaluation et le réajustement.

5. Définissez la démarche éducative.

La démarche éducative est l'acquisition de connaissances par des informations, des conseils, une assistance, en vue d'une modification d'attitude et de comportement visant à un meilleur état de santé.

6. Quels préalables sont à prendre en compte pour réaliser une démarche éducative pertinente ?

Ce sont l'identification et l'analyse des besoins d'apprentissage.

- Connaissance de la personne :
 - l'âge, la rationalité;
 - la situation familiale, socioprofessionnelle;
 - le niveau culturel, éducatif;
 - la langue parlée, comprise;
 - le vécu présent, antérieur.
- Besoin de santé ressenti :
 - la mise en évidence du besoin ou de la demande de santé;
 - l'information sur la pathologie;
 - la connaissance de l'impact sur la santé;
 - la connaissance des complications et conséquences éventuelles.
- Savoir de la personne :
 - la connaissance et la compréhension de la situation, de la maladie, de l'événement vécu;
 - la représentation de la santé;
 - les réactions face à la maladie et la situation vécue;
 - la perspective de l'avenir familial, professionnel.

7. À quelle étape de la maladie pouvez-vous entreprendre une démarche éducative? Argumentez votre réponse.
Lors de la phase d'acceptation de la maladie : période où la personne est disponible, communie. Dynamique, elle se questionne, s'implique dans la gestion de son état de santé.
8. Argumentez sur quels savoirs repose l'apprentissage.
L'apprentissage repose sur :
 - des savoirs prescrits : le référentiel (procédures);
 - des savoirs réels : les mises en situation (variabilité);
 - des savoirs intégrés : l'analyse des pratiques (esprit critique, adaptation).
9. À partir de quelles aptitudes, l'infirmier(e) conduit une démarche éducative?
La démarche éducative implique communication et pédagogie :
 - relation de confiance;
 - écoute;
 - gestion des émotions;
 - méthodologie;
 - encouragements à l'apprenant.
10. Comment déterminez-vous le contenu de la démarche éducative?
Pour déterminer le contenu de la démarche éducative, il faut :
 - partir du savoir de la personne;
 - l'impliquer, la faire participer;
 - déterminer quels savoir, savoir-faire ou savoir-être doivent être acquis;
 - préciser quelle utilité, quel sens pour la personne;
 - apprécier quel gain en bien-être ou en état de santé.
11. Citez les qualités d'un objectif éducationnel.
 - La pertinence au regard du besoin d'apprentissage.
 - Le réalisme face aux moyens disponibles, au niveau requis, au temps fixé.
 - La précision : observable et mesurable.
 - La logique : sans contradiction.
12. L'apprentissage du geste s'appuie sur quelles logiques?
L'apprentissage du geste s'appuie sur :
 - des savoirs orientés vers une logique d'action :
 - faire : les tâches,
 - savoir-faire : les aptitudes, les compétences, l'expérience,
 - comment savoir faire : les procédures, les motivations, la relation, le psychogestuel,
 - savoir, pour quoi faire : la mobilisation des connaissances;
 - des savoirs orientés vers une logique de connaissances : les savoirs théoriques.
13. Nommez les facteurs qui conditionnent l'apprentissage dans le modèle psychosocial et illustrez par un exemple.
 - Facteurs prédisposants :
 - motivations à agir;
 - intention de changer de comportement;
 - valeurs, croyances.
 - Facteurs facilitants :
 - ressources personnelles;
 - environnement;
 - réseau de soutien.
 - Facteurs de renforcement :
 - encouragement d'un nouveau comportement;
 - bénéfice attendu en terme de mieux-être;
 - autonomie de la personne;
 - valorisation dans la vie quotidienne.
14. La démarche éducative :
Réponses : b, c.
15. Parmi les outils cités, quels sont ceux appartenant à la pédagogie active?
Réponses : a, c.
16. Sur quels référentiels s'appuie la démarche éducative?
Réponses : a, b, c, d.
17. La démarche éducative se pratique dans le domaine :
Réponses : vrai pour a, b et c.
18. Sur quels critères analysez-vous les besoins d'apprentissage?
Au regard des priorités et des facteurs influençant l'apprentissage :
 - le niveau de savoir, savoir-faire et savoir-être à acquérir,
 - les attentes de la personne,

- les motivations, les priorités,
 - le contexte favorisant l'apprentissage.
19. Que doit contenir un objectif éducationnel?
- La description du comportement attendu.
 - La modification souhaitée.
 - Le résultat escompté.
20. Par quelles stratégies pouvez-vous entreprendre une démarche éducative?
- La motivation à faire exprimer la volonté d'un changement.
 - Les acquis à repérer : échanges entre pairs.
 - L'environnement propice à un apprentissage.
 - Les situations d'apprentissage diversifiées quant aux moyens.
 - Le sens que l'on peut donner aux informations nouvelles : questionnements, bénéfices attendus.
 - Le tutorat face aux savoir, savoir-être.
21. À quels articles du décret de compétences se réfère la démarche éducative?
- Article 2 : définition du soin infirmier.
 - Article 3 : définition du rôle propre.
 - Article 5 : tâches professionnelles relevant du rôle propre.
 - Article 14 : formation, prévention et dépistage.
22. Expliquez les enjeux de la démarche éducative dans la politique de santé.
- Prise en compte des conditions de vie.
 - Renforcement de la participation des citoyens.
 - Développement du système d'information.
 - Encouragement d'un comportement positif.
 - Comportement préventif face aux maladies.
- Sensibilisation face aux risques encourus.
 - Sensibilisation sur le bon usage des soins.
23. À partir de quels critères déterminez-vous l'évaluation de la démarche éducative?
- L'évaluation du processus : observation du comportement, des attitudes, du vécu au cours de la démarche éducative.
 - L'évaluation des résultats :
 - au regard de l'objectif fixé;
 - au regard du changement de comportement par les acquis;
 - en terme de connaissances, de savoir-faire;
 - dans l'appropriation d'une hygiène de vie, d'un auto-soin.
24. Expliquez l'intérêt du protocole éducatif auprès d'un patient hospitalisé bénéficiant d'une démarche éducative.
- Le protocole éducatif est un référentiel avec des procédures retraçant les savoirs prescrits. Cet outil de référence, validé, est une sécurité pour l'apprenant dans la fiabilité de l'exécution des gestes face aux diverses situations rencontrées.
25. Sur quels points la théorie cognitive valorise-t-elle les résultats de l'apprenant par rapport à la théorie behavioriste?
- La théorie cognitive valorise les processus, les capacités d'apprendre à apprendre ou à penser. Elle est centrée sur l'apprenant, la manière dont il conduit son apprentissage. La théorie behavioriste conditionne l'apprenant à partir d'objectifs à atteindre, l'apprentissage étant une modification du comportement liée aux stimuli issus de l'environnement.

Mini-cas concrets

Sujets

Mini-cas concret 1

M^{me} Y., hospitalisée dans le service de chirurgie mammaire d'un centre de lutte contre le cancer, est à J 1 d'une mastectomie postchimiothérapie.

Vous entrez dans sa chambre lors de votre tour de surveillance et discutez de banalités. Au décours de cette discussion, M^{me} Y. vous dit qu'elle a réussi à faire sa toilette seule ce matin, qu'elle a regardé sa cicatrice et que c'est très difficile pour elle. Elle ajoute que bien qu'elle se dise qu'il était nécessaire « d'enlever le sein pour enlever correctement la tumeur », c'est très dur de se voir ainsi.

Questions

1. Que diriez-vous de l'état psychologique de M^{me} Y. ?
2. Dégagez les problèmes réels de cette situation.
3. Quelles sont les actions que vous mettez en œuvre ?
Détaillez.
4. Quels résultats attendez-vous ?

CORRIGÉS page 171

Mini-cas concret 2

M. Z., 50 ans, est hospitalisé dans le service de chirurgie cardiaque pour un triple pontage.

Ce monsieur exerce la profession de commercial, il est habitué à prendre ses repas de midi au restaurant sans trop faire attention à son alimentation. Il fume un paquet de cigarettes par jour depuis 20 ans. À quelques jours de sa sortie, le cardiologue lui a expliqué la nécessité de modifier son hygiène de vie. Le patient a rencontré la diététicienne.

Ce jour, l'infirmière entre dans la chambre de M. Z. pour lui donner son traitement et elle regarde ce qu'il mange. Elle est étonnée car au lieu de manger le menu élaboré par la diététicienne, il mange ce que sa femme lui a apporté.

— L'infirmière : « M. Z., vous ne mangez pas votre repas ? »

— M. Z. : « Non, je vous remercie, ce n'est pas très bon. »

— L'IDE : « Qu'est-ce qui ne vous plaît pas ? »

— M. Z. : « C'est trop sec, il n'y a pas de beurre dans les pâtes, ce n'est pas bon ! Et je préfère les petits plats de ma femme. »

— L'IDE : « Oui, mais ce que vous êtes en train de manger n'a pas l'air très équilibré. »

— M. Z. : « Si, regardez ! De la charcuterie, de la viande et des légumes ! Et ma femme m'a fait des pâtes fraîches avec de la crème. »

— L'IDE : « Cela fait un peu trop de graisses, vous ne trouvez pas ? Vous ne devriez pas manger votre charcuterie avec du beurre, et cela fait beaucoup de viande. Et les pâtes ne sont pas des légumes mais des féculents. »

— M. Z. : « Pourtant ma femme m'a dit qu'il fallait que je mange bien pour me remettre de mon opération. »

— L'IDE : « Oui, mais vous avez dû rencontrer la diététicienne qui a dû vous expliquer comment mieux manger dans l'avenir. »

— M. Z. : « Ha ! Oui ! Mais la diététicienne, elle, ce qu'elle m'a dit, c'est de me mettre au régime ! Je dois manger la viande grillée, beaucoup de légumes avec seulement un peu de margarine. Elle m'a même dit qu'il ne fallait pas mettre de beurre avec la toute petite part de fromage qui m'était accordée. »

— L'IDE : « Je sais que changer ses habitudes alimentaires n'est pas chose facile mais il faut essayer et petit à petit cela ira mieux. Vous savez que vous devez faire attention et c'est au prix de ces efforts que vous éviterez d'autres incidents. »

Sur ce, son épouse entre dans la chambre.

— Sa femme : « Mon pauvre chéri on te restreint encore, regarde ce que je t'ai apporté ! »

Elle lui tend un gâteau.

— L'IDE : « Je vous laisse ensemble mais je reviendrai avant que vous ne partiez M^{me} Z. car il faut que nous reparlions de l'alimentation de votre mari. »

L'infirmière s'en va.

Questions

1. Que pensez-vous de l'attitude de M. Z. ?
2. Que pourriez-vous proposer à M. Z. et à sa femme ?

3. Trouvez-vous justifié que l'infirmier(e) sorte de la chambre à l'arrivée de la femme de M. Z. ?
4. Quelles actions infirmières mettez-vous en œuvre au sortir de la chambre du patient ?

CORRIGÉS page 171

Corrigés

Mini-cas concret 1

1. Que diriez-vous de l'état psychologique de M^{me} Y. ?
Réponse : M^{me} Y. est dans une phase de dépression, de tristesse, elle prend conscience de son état physique, elle a commencé le travail de deuil de son état physique antérieur.

2. Dégagez les problèmes réels de cette situation.

Réponse :

- Altération de l'image de soi liée à la mastectomie et se manifestant par la difficulté de la patiente à se voir ainsi.
- Anxiété liée à la mastectomie et se manifestant par la difficulté de se projeter dans l'avenir avec son nouvel état physique.

3. Quelles sont les actions que vous mettez en œuvre ? Détaillez.

Réponse :

- Aider la patiente à exprimer ses angoisses et ses émotions.
- La réconforter, la rassurer, dire qu'il est normal de ne pas pouvoir assumer cette mutilation du jour au lendemain, surtout qu'elle touche à la représentation de la féminité.
- L'orienter vers des structures de soutien (psychologue, associations).
- Lui parler des possibilités de porter des prothèses mammaires.

4. Quels résultats attendez-vous ?

Réponse : Que M^{me} Y. exprime son mieux-être, qu'elle accepte sa mutilation pour arriver à faire des projets en fonction de sa mastectomie.

Mini-cas concret 2

1. Que pensez-vous de l'attitude de M. Z. ?

Réponse : Il ne se rend pas compte des conséquences de son alimentation sur sa santé, il n'est pas encore prêt à changer ses habitudes alimentaires.

2. Que pourriez-vous proposer à M. Z. et à sa femme ?

Réponse : Ils pourraient revoir la diététicienne afin de faire le point sur leurs connaissances.

Établir des menus avec eux afin d'évaluer leurs connaissances.

Leur proposer d'établir des fiches cuisine afin de modifier leur manière de cuisiner.

Leur faire prendre conscience des problèmes et les responsabiliser en les rendant acteurs de la prise en charge alimentaire.

3. Trouvez-vous justifié que l'infirmier(e) sorte de la chambre à l'arrivée de la femme de M. Z. ?

Réponse : Cela permet à l'infirmier(e) de trouver un moment plus posé où mari et femme seront plus attentifs, leur permettant ainsi d'aborder plus sereinement les problèmes.

4. Quelles actions infirmières mettez-vous en œuvre au sortir de la chambre du patient ?

Réponse : prévenir le médecin et la diététicienne pour qu'ils revoient le patient, transmettre par écrit et par oral les problèmes aux collègues infirmier(e)s et aides-soignant(e)s afin qu'ils contrôlent l'alimentation de M. Z.

Mettre en place un projet éducatif adapté aux problèmes alimentaires que pourra utiliser l'ensemble du personnel.

Hidden page

- examen électrophysiologique;
 - surveillance de la glycémie capillaire avant chaque repas;
 - consultation diététique : régime à 200 g d'hydrates de carbone par jour;
 - soins de pédicure;
 - maintien du traitement à domicile : Diamicon (gliclazide, sulfamide hypoglycémiant), 2 cp/j : (1 M - 1 S).
- Lors de sa consultation diététique, M^{me} L. a exprimé ses habitudes alimentaires :
- 3 repas principaux au regard de son activité;
 - plats mijotés en sauce, à raison de 3 par semaine, préparés à l'avance;
 - 1/3 de baguette de pain accompagné de confiture au petit déjeuner;
 - charcuterie appréciée, en particulier pâtés, saucissons.
- Elle a ajouté : « Il faut que je mange beaucoup pour éviter les hypoglycémies. D'ailleurs, je bois du Coca Cola quand je suis aux champs. »

Questions

- En vous appuyant sur vos connaissances et les éléments cités dans le texte, énoncez les problèmes réels et/ou potentiels que présente M^{me} S.
Consigne 1 : énoncé du problème attendu avec signes, causes, conséquences éventuelles.
Consigne 2 : quatre hypothèses de diagnostic infirmier attendues avec problème, étiologie, signes, facteurs favorisants.
- Expliquez l'intérêt du dosage de l'HbA1c et commentez le résultat.
- À partir des éléments significatifs du texte, citez sur quels points porte l'éducation de M^{me} S. et mettez en lien les objectifs éducationnels correspondants (sous forme de tableau).
Énoncez le contenu des stratégies d'apprentissage appropriées à M^{me} S.

CORRIGÉS pages 177-180

Cas concret 3

M^{me} T., 60 ans, consulte son rhumatologue au centre médico-social. Atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde, elle est en phase de poussée inflammatoire, son rendez-vous est à huit heures le matin.

Histoire de la maladie

La maladie s'est déclarée vers l'âge de 50 ans par des douleurs très marquées la nuit et le matin au réveil. Elles s'accompagnent de raideurs articulaires qui s'estompent dans la journée, au niveau des articulations des mains.

L'observance du traitement, le suivi médical et les conseils éducatifs dont M^{me} T. a bénéficié lui permettaient jusqu'à présent de gérer les activités de la vie quotidienne.

Habitudes de vie, mode de vie

M^{me} T., mariée, est retraitée de l'Éducation nationale. Son mari, bricoleur, participe très peu aux tâches ménagères. Âgé de 68 ans, il s'adonne aux activités de jardinage. En effet, ils habitent une maisonnette à étage en milieu rural. Leurs enfants résident à une centaine de kilomètres de la maison familiale.

Encore très active, M^{me} T. s'octroie du temps pour l'accompagnement scolaire au centre social du village deux fois par semaine et pour des activités ludiques le mercredi.

Depuis quelques mois, M^{me} T. est contrariée. Elle a perdu une dextérité dans les gestes quotidiens. Les tâches ménagères sont lourdes à assumer : ouvrir les robinets, éplucher les légumes, étendre le linge provoquent des douleurs au niveau des mains et des épaules.

Appréhendant les travaux de couture et de crochet, ces activités sont délaissées. L'entretien de la maison devient pénible : faire les carreaux, cirer le parquet.

Sa consultation a été programmée au regard de l'évolution de sa maladie :

- à l'observation : ses poignets sont tuméfiés, ses articulations métacarpophalangiennes sont gonflées;
- à l'interrogatoire : M^{me} T. exprime un enraidissement des épaules, une fatigue inhabituelle, être limitée dans ses mouvements pour s'habiller, se coiffer;
- à l'examen : l'épaule gauche présente une tuméfaction rouge et chaude.

Pour soulager M^{me} T., le rhumatologue pratique une infiltration d'Altin (cortivazol, anti-inflammatoire stéroïdien). Il lui prescrit des examens :

- biologiques : Latex Waaler Rose, Numération formule, Vitesse de sédimentation, PCR, gammaglobulines;
- radiologiques : cliché des mains, poignets et épaules.

Son traitement est réajusté :

- Solupred (prednisolone, anti-inflammatoire stéroïdien) : 2 comprimés de 20 mg le matin pendant 8 jours avec relais par Allochrysine (aurothiopropionatesulfonate de sodium, chrysothérapie antirhumatisme) : 25 mg en injection intramusculaire par semaine;
- articulations au repos;
- consultation auprès de l'équipe kinésithérapeute et ergothérapeute.

Questions

En vous fondant sur les éléments contenus dans ce texte et sur vos connaissances :

1. Caractérisez la douleur de la polyarthrite rhumatoïde.
2. Énoncez les problèmes réels et/ou potentiels que présente M^{me} T.
Consignes : hypothèses de diagnostic infirmier attendues avec problème, étiologie, signes, facteurs favorisants.
3. À partir de la démarche éducative, indiquez le contenu de chacune des étapes dans les conseils à donner à M^{me} T.

CORRIGÉS pages 180-185

Cas concret 4

Exemple de démarche expérimentale

Ce cas concret un peu particulier vous propose de vous exercer à la démarche de recherche. Quand on pense que la démarche de recherche est essentiellement une réflexion (voir partie 4 de cet ouvrage), cela veut dire que ce chapitre a pour ambition de vous exercer à réfléchir : c'est un objectif ambitieux ! L'exemple proposé est celui d'une étude utilisant la démarche expérimentale.

1. Qu'est ce que la démarche expérimentale ?
2. La problématique

La problématique générale est celle d'un travail de recherche sur le soin : avant tout, une réflexion est faite pour définir le soin. Cette étude se situe plus particulièrement dans la partie qui cherche à mettre en évidence les mécanismes entrant en jeu lors du soin et concernant les processus qui sous-tendent la relation au cours du soin.

3. Le cadre

Le soin est une relation dans laquelle sont mis en jeu de nombreux processus conscients et inconscients. Ces processus peuvent être dévoilés au niveau du langage qu'emploie l'infirmière. Cette étude se fonde sur des bases linguistiques et psychosociales, utilisant le langage comme porteur des représentations de l'infirmière :

- Soins et langage

« Soigner demeure d'abord et avant tout une pratique composée de l'étendue de la gamme des gestes et de la parole qui mobilisent les forces. Et c'est cette parole qui retient aujourd'hui notre attention ».

- Langage et représentations

« Le langage emprunte plusieurs voies : il est multisignal et multimessage ; c'est-à-dire qu'il emprunte plusieurs chenaux jouant des rôles différents et complémentaires, le chenal visuel et le chenal auditif sont utilisés conjointement... Certains auteurs se sont centrés sur la fonction de représentation... Cet outil social qu'est la langue véhicule une vision du monde. Le langage nous aide à voir le monde et il est le reflet de nos représentations... »

4. Début de l'utilisation du modèle expérimental

L'observation-intuition : écoute de la façon dont parlent les infirmières quand elles parlent au malade :

« Bonjour mon petit monsieur, ça va ? Je viens vous faire une petite piqûre pour vous préparer à votre petite opération... non non, n'ayez pas peur, vous aurez simplement une petite anesthésie, après vous resterez un petit peu en salle de réveil... vous aurez un petit pansement et... oui, c'est vrai, ça fait un tout petit peu mal mais on vous donnera des petits calmants, ne craignez rien... »

Petit, petit, petit... est le monde que l'infirmière propose au malade ! Laquelle d'entre nous ne l'a pas entendu dans le discours de sa collègue et, par effet réflexif, ne s'est pas surprise à le prononcer ?

- Question

Ce fait n'est-il qu'une impression ou une réalité ?

- Décision d'étude

Plutôt que de tergiverser sur cette question, une étude donne la possibilité de confirmer ou d'infirmer cette impression.

- Cadre de l'observation

Cette étude propose de regarder l'interaction infirmière-personne soignée sur le lieu même de travail, donc à partir de l'observation (pris dans son sens méthodologique) directe des interactions en situation naturelle. Ces interactions seront observées à partir du comportement langagier.

CORRIGÉS pages 186-191

Corrigés

Cas concret 1

1. Après analyse de la situation à l'entrée de M. L. dans le service, faites le lien avec vos connaissances théoriques concernant la pathologie décrite.

M. L. présente une crise d'asthme sévère nécessitant une hospitalisation. Le bronchospasme étant très important, le traitement de fond ne jugule pas la crise.

2. Expliquez les modalités d'accueil de M. L.

- Installation dans une chambre au calme, en position demi-assise.
- Évaluation de l'état respiratoire : état de conscience, fréquence respiratoire, coloration des téguments, sueurs.
- Prise de la température, de la pression artérielle, des pulsations.
- Prélèvement du bilan sanguin.
- Administration de la thérapeutique prescrite : 0,5 L O₂ par sonde nasale en continu, pose de la perfusion, injection d'Hydrocortisone et de Clamoxyl en intraveineuse directe.
- Explications claires, concises sur le traitement et le résultat attendu.
- Apport d'un crachoir, de mouchoirs en papier, d'une carafe d'eau et d'un verre.
- Réalisation d'un électrocardiogramme.
- Vérification de l'environnement de M. L. : sonnette, urinal.
- Élaboration du dossier de soins, de la feuille de surveillance.
- Prise de rendez-vous à l'imagerie médicale pour radiographie pulmonaire au lit.
- Ébauche du recueil de données avec sa femme.
- Planification du traitement sur les 24 h.
- Commande des repas.
- Enregistrement de son entrée au bureau des admissions.

Remarque : en vue de drainer les informations relatives à la décompensation de son asthme, il s'avère

judicieux de conduire un entretien individuel auprès de M. L. hors présence de sa femme.

3. Formulez une hypothèse de diagnostic infirmier et énoncez la démarche éducative à mettre en œuvre pour un projet de vie cohérent à l'état respiratoire de M. L.

► DIAGNOSTIC INFIRMIER

Stratégie d'adaptation individuelle inefficace :

- étiologie :
 - asthmatique depuis dix ans,
 - observance du traitement,
 - suivi médical;
- signes :
 - fatigue, lassitude,
 - incapacité à satisfaire ses loisirs,
 - inquiétude face aux changements de la vie;
- facteurs favorisants :
 - atteinte au concept de soi,
 - changement dans l'état de santé, dans le rôle.

► PROJET DE VIE :

Les besoins d'apprentissage en vue d'un projet de vie cohérent à l'état respiratoire de M. L. sont identifiés à partir d'une relation d'aide de l'infirmière :

- une disponibilité,
- une attitude de compréhension,
- et une mise en confiance.

M. L. peut exprimer son ressenti à partir de son vécu, de son désarroi, de ses émotions.

L'infirmière est à l'écoute :

- de ses demandes à travers ses paroles, ses gestes qui accompagnent, ses mimiques, son expression corporelle;
- du vécu de son hospitalisation avec le besoin d'exprimer ses craintes, ses peurs, son inquiétude.

Les facteurs influençant l'apprentissage sont :

- un asthme continu depuis dix ans;
- un suivi médical régulier;
- pas d'allergie médicamenteuse connue;
- pas de tabagisme;
- une observance du traitement;
- un intérêt pour le jardinage;

- un réseau de soutien avec sa femme.

Les priorités déterminées sont :

- l'hygiène de vie;
- les connaissances sur la maladie asthmatique.

Les objectifs éducationnels sont :

- informer M. L. sur une hygiène de vie compatible à son état respiratoire, sur un environnement domestique à organiser;
- réajuster ses connaissances sur l'asthme : décrire une crise d'asthme, repérer les facteurs déclenchants, énoncer les gestes nécessaires pour juguler une crise.

L'hygiène de vie porte sur les habitudes et le mode de vie de M. L. : plusieurs points peuvent être abordés :

- le sport : les activités sportives conseillées sont la natation, la marche, la gymnastique, le vélo. Un entraînement progressif à l'effort en atmosphère chaude et humide est préférable. Le rythme respiratoire est réglé selon l'exercice;
- le jardinage et le bricolage : il s'agit de repérer certains produits pouvant déclencher une crise : produits volatils, désherbants, insecticides, tonte de gazon, etc.;
- les voyages : la montagne de moyenne altitude est recommandée. L'étude de la météorologie limitera la survenue d'éventuelles crises. La trousse

d'urgence comportera les médicaments prescrits, le Peak Flow est à emporter;

- l'environnement domestique : l'aération des pièces est conseillée avec une température n'excédant pas 18 à 20 °C, une hygrométrie de 50 % est suffisante. Pour bannir la poussière, l'aspirateur est conseillé; le parquet et le linoléum sont préférables aux moquettes; les fauteuils et la literie sont aspirés; les matelas et oreillers en mousse sont enveloppés dans des housses plastiques. Les bombes domestiques (cire, insecticides, poudres à récurer), les aérosols de toilette ou de cosmétiques (déodorants, laques) sont à proscrire. Les plantes allergisantes sont à éloigner. Les endroits sombres et humides sont à entretenir régulièrement (celliers, garage, cave);
- les facteurs psychologiques : il s'agit d'identifier :
 - les changements de conditions de vie pouvant interférer sur d'éventuelles survenues de crise d'asthme : vacances, déménagement, modification de situation financière, changement des habitudes de sommeil, loisirs;
 - des situations de conflits affectifs : disputes conjugales, problèmes avec la famille, enfants...

L'évaluation des connaissances sur l'asthme porte sur la maladie en elle-même, les signes annonciateurs d'une crise et les moyens de la juguler. Une fiche d'évaluation permet de réajuster les acquisitions de M. L.

QUESTIONS	RÉPONSES ATTENDUES	+	0
- Peut-on guérir d'une crise d'asthme ?	Non, c'est une maladie qui peut sommeiller, s'améliorer, ou s'aggraver.		
- Qu'entraîne une crise d'asthme mal traitée ou un asthme non suivi ?	Un état de mal asthmatique. Une insuffisance respiratoire chronique.		
- Comment s'évalue votre fonction respiratoire ? et que traduit une diminution de 30 % ?	À l'aide du Peak Flow. La survenue d'une crise.		
- Existe-t-il un facteur allergène ?	Les allergies sont notées sur le dossier médical.		
- Quels sont les signes annonciateurs d'une crise ?	Diminution du débit de pointe, anxiété, gêne respiratoire, toux.		
- Comment juguler une crise d'asthme ?	Énumération de la conduite prescrite par le médecin par ordre chronologique.		
- Quels sont vos médicaments prescrits, comment les prenez-vous ?	Exactitude au vu de la prescription médicale.		
- 20 bouffées d'un aérosol doseur sont-elles efficaces ?	Non, > à 15 bouffées = signes d'aggravation de la maladie.		

QUESTIONS	RÉPONSES ATTENDUES	+	0
- En cas de crise, le Bécotide en aérosol doseur est-il conseillé ?	Non, c'est un traitement d'entretien.		
- Un bêta-2-mimétique est-il injectable en IV ?	Non, c'est dangereux, la voie sous-cutanée est seule utilisée.		
- Pouvez-vous énoncer les effets indésirables de la théophylline ?	Nausées, vomissements, tachycardie, excitation, insomnies.		
- Que faites-vous face à ces signes ? Pourquoi ?	Une consultation chez le médecin (risque de surdosage).		
- Utilisation de l'aérosol doseur - Entretien de l'aérosol doseur - Contrôle de remplissage - Utilisation du Peak Flow - Injection de bêta-2-mimétique - Éducation à la toux - Éducation à l'expectoration	Acquis Acquis Acquis Acquis Acquis Acquis Acquis	Non acquis Non acquis Non acquis Non acquis Non acquis Non acquis Non acquis	

Cas concret 2

1. En vous appuyant sur vos connaissances et les éléments cités dans le texte, énoncez les problèmes réels et/ou potentiels que présente M^{me} S.

Consigne 1 : énoncé du problème attendu avec signes, causes, conséquences éventuelles.

Consigne 2 : quatre hypothèses de diagnostic infirmier attendues avec problème, étiologie, signes, facteurs favorisants.

► 1^{er} PROBLÈME : OBÉSITÉ

- Signes :
 - surcharge pondérale (85 kg/1,60 m);
 - hypercholestérolémie.
- Causes :
 - alimentation inappropriée;
 - diabète non insulino-dépendant.
- Conséquences éventuelles :
 - glycémie et HbA1c élevées;
 - complications chroniques du diabète (micro et macro-angiopathies, neuropathies).

► 2^e PROBLÈME : PLAIE DE LA VOÛTE PLANTAIRE

- Signes : ulcération.
- Causes :
 - décompensation du DNI¹;
 - mycoses interdigitales.

• Conséquences éventuelles :

- infection;
- tétanos.

► 3^e PROBLÈME : DÉCOMPENSATION DU DNI

- Signes :
 - douleurs des membres inférieurs;
 - troubles de la vision;
 - HTA;
 - asthénie;
 - soif;
 - ulcération de la voûte plantaire;
 - hypoglycémie;
 - glycémie et HbA1c élevées.
- Causes :
 - excès nutritionnel;
 - obésité.
- Conséquences éventuelles :
 - artérite des membres inférieurs;
 - coronarite diabétique;
 - rétinopathie ischémique;
 - neuropathie périphérique végétative;
 - néphropathie;
 - complications cutanées.

► 4^e PROBLÈME : RISQUE INFECTIEUX

- Causes :
 - ulcération de la voûte plantaire;
 - mycoses interdigitales.

1: DNI : Diabète non insulino-dépendant.

- Conséquences éventuelles : gangrène.
 - 1^{er} DIAGNOSTIC INFIRMIER : PRISE EN CHARGE INEFFECTIVE DU PROGRAMME THÉRAPEUTIQUE
 - liée à ses habitudes alimentaires;
 - se manifestant par :
 - une glycémie à jeûn à 2 g/L;
 - une cholestérolémie à 8 mmol/L;
 - une HbA1c à 8 %;
 - des complications chroniques du DNI.
 - facteur favorisant : l'obésité.
 - 2^e DIAGNOSTIC INFIRMIER : ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ DES TISSUS
 - liée à une décompensation du DNI;
 - se manifestant par :
 - une ulcération de la voûte plantaire;
 - une mycose interdigitale.
 - facteurs favorisants :
 - un excès nutritionnel;
 - une hypovascularisation;
 - une perte de sensibilité;
 - une perte de perception thermique.
 - 3^e DIAGNOSTIC INFIRMIER : DIFFICULTÉ À SE MAINTENIR EN SANTÉ
 - liée à une stratégie d'adaptation individuelle inefficace;
 - se manifestant par :
 - des habitudes alimentaires inadaptées;
 - une obésité;
 - une HTA;
 - une hypoglycémie;
 - une soif;
 - une asthénie;
 - des complications chroniques du DNI.
 - facteurs favorisants :
 - des antécédents familiaux;
 - une stratégie d'adaptation familiale inefficace.
 - 4^e DIAGNOSTIC INFIRMIER : RISQUE D'ACCIDENT LIÉ À :
 - une ulcération de la voûte plantaire;
 - un non-suivi de vaccination antitétanique;
 - une décompensation du DNI.
2. Expliquez l'intérêt du dosage de l'HbA1c et commentez le résultat.
- L'HbA1c est le reflet de la glycémie sur les trois derniers mois. Le résultat à 8 % indique une décompensation du DNI avec non-observance du traitement, le résultat normal étant à $4,5 \% \pm 2$.
3. À partir des éléments significatifs du texte, citez sur quels points porte l'éducation de M^{me} S. et mettez en lien les objectifs éducationnels correspondants (sous forme de tableau).
- Énoncez le contenu des stratégies d'apprentissage appropriées à M^{me} S.

ÉLÉMENTS SIGNIFICATIFS	OBJECTIFS
Conduite thérapeutique : • l'alimentation : – surcharge pondérale, – hypercholestérolémie, – hyperglycémie, – HbA1c à 8 %, – habitudes alimentaires, – 200 g d'hydrates de carbone; • le sulfamide hypoglycémiant : Diamicon : hypoglycémies; • les activités : travaux des champs. Pied diabétique : – ulcération de la voûte plantaire, – mycose interdigitale. Complications vasculaires, neurologiques ou infectieuses : – douleur des membres inférieurs, – troubles de la vision, – HTA à 17/10.	– Normaliser l'équilibre glycémique pour éviter les hyper et hypoglycémies et limiter les complications chroniques. – Prévenir des accidents métaboliques aigus. – Intégrer les règles d'hygiène corporelle. – Limiter les complications chroniques dégénératives.

Quelles que soient les modalités d'accueil de M^{me} S., en unité de soins traditionnelle, hôpital de semaine ou de jour, ou maison du diabète, l'objectif des stratégies d'apprentissage reste identique : AMÉLIORER L'ÉQUILIBRE GLYCÉMIQUE de M^{me} S., en vue de :

- faciliter sa qualité de vie au quotidien ;
- éviter les complications aiguës et chroniques ;
- donner une information théorique et technique personnalisée : connaissance de la maladie et de son traitement ;
- assurer un suivi à long terme en cas de complications graves et invalidantes.

Pour M^{me} S., il s'agit qu'elle acquière les compétences nécessaires pour conduire sa vie quotidienne à partir de notions et de savoir faire et modifier son comportement. La personne ne doit pas être « médico-dépendante ».

L'éducation est le résultat de la collaboration de toute une équipe : médecins, infirmières, diététiciennes, kinésithérapeutes, assistantes sociales et psychologues.

Un bilan médical précis est effectué dans le but de :

- déterminer les causes de déséquilibre du diabète ;
- évaluer la présence, l'étendue et la sévérité des complications à long terme ;
- améliorer le traitement de façon durable, permettant ainsi à la personne de gérer son diabète au quotidien, de prévenir ou de soigner les complications à long terme ;
- aider la personne à trouver les ressources intérieures.

L'éducation est déterminante dans le contrôle des décompensations aiguës. Plusieurs stratégies sont possibles

► LA CONSULTATION DIÉTÉTIQUE

Le traitement vise à rétablir le métabolisme glucidique. Pour M^{me} S., il s'agit de respecter le régime à 200 g d'hydrates de carbone. Des séances individuelles ou collectives permettent l'acquisition de connaissances sur :

- la composition des aliments, particulièrement leur contenu en hydrates de carbone ;
- la nécessité de répartir tout au long de la journée pour une alimentation équilibrée ;
- la notion de calories, de graisses, de fibres alimentaires, d'alcool ;
- le resucrage en cas d'hypoglycémie.

Des exercices diététiques permettent aux personnes diabétiques de s'entraîner à la pratique alimentaire : composition de menus, participation à un buffet en se servant selon leurs goûts et en respectant la prescription médicale.

► LA CONSULTATION INFIRMIÈRE : PIED DIABÉTIQUE

Les deux buts sont les soins de prévention et les soins de plaie minime, particulièrement aux personnes ayant perdu la sensibilité à la douleur des membres inférieurs.

Les facteurs déclenchants exogènes dans la lésion du pied diabétique sont rappelés :

- mauvais appui plantaire ;
- mycoses ;
- soins des pieds avec ciseaux ou instrument inapproprié ;
- microtraumatismes ;
- crème, pommade, colorant ;
- bains de pieds prolongés ou trop chauds ;
- hygiène défectueuse.

Pour prévenir ces lésions, des conseils sont donnés à partir des mesures d'hygiène méthodiques :

- ne jamais marcher pieds nus ;
- choisir des chaussures confortables ;
- éviter les chaussettes synthétiques ;
- lavage des pieds quotidien, au savon, avec un essuyage soigneux surtout au niveau des espaces interdigitaux ;
- examen quotidien des pieds ;
- relais auprès de pédicures pour les soins d'ongles, ou de podologues pour confectionner semelles ou chaussures adaptées.

► GROUPES DE PAROLES

Ils sont organisés entre professionnels de santé et personnes diabétiques avec pour objectif :

- un échange de savoirs ;
- l'expression du vécu de la maladie sur les contraintes du traitement ;
- l'utilisation de la dynamique de groupe ;
- l'écoute et le dialogue privilégiés.

De ces temps d'expression émerge le besoin de formation ou d'information complémentaire géré au rythme des personnes diabétiques à partir des diverses stratégies d'apprentissage.

► ATELIERS GESTUELS

Ils ont pour mission l'acquisition de :

- l'autosurveillance glycémique dans le cas de M^{me} S. en intégrant les règles à respecter :
 - lavage des mains à l'eau et au savon;
 - étalonnage de l'appareil;
 - respect de la technique de mesure de l'appareil;
 - piqûre sur le bord latéral des doigts;
 - dépôt d'une goutte de sang sur la bandelette;
 - compression du doigt avec coton sec;
 - résultat noté sur le carnet de surveillance;
 - appareil nettoyé après contrôle à l'eau et au savon.

Une discussion peut s'envisager à la lecture du carnet du diabétique en lien avec les résultats des glycémies, des modifications de régime, d'activités physiques;

- le resucrage en cas d'hypoglycémie sévère par l'injection d'une ampoule de glucagon en sous-cutané, et dès le réveil par une collation à base de glucides complexes.

► CONFÉRENCES THÉMATIQUES ET ENSEIGNEMENT ASSISTÉ PAR ORDINATEUR

Menés sous forme collective et individuelle, en réponse aux besoins des personnes diabétiques :

- causes, traitement du diabète;
- rôle de l'insuline;
- impact de l'alimentation sur le contrôle glycémique;
- lutte contre les facteurs de risques cardiovasculaires;
- notion de pathologie chronique, non réversible;
- causes, signes et conduite à tenir face à une hypoglycémie;
- complications à long terme et leur prévention par un suivi médical régulier.

► ACTIVITÉS SPORTIVES ET RELAXATION

Éléments à part entière du traitement, elles favorisent la perte de poids, font baisser la glycémie et aident à lutter contre la survenue de complications cardiovasculaires en corrigeant les anomalies tensionnelles et lipidiques.

► CONSULTATIONS DES ASSISTANTES SOCIALES ET PSYCHOLOGUES

Elles sont disponibles pour répondre aux conséquences sociales de la maladie : prise en charge à 100 %, droits par rapport au travail, à l'employeur, réseau avec les associations de diabétiques.

Un encadrement médical, paramédical, pluridisciplinaire avec une formation interactive, personnalisée, favorise des soins intégrés. L'organisation d'un programme d'enseignement d'éducation adapté au suivi des personnes diabétiques permet un mieux être de l'état de santé géré par les bénéficiaires.

Ces stratégies d'éducation nécessitent du matériel de démonstration, une vidéothèque, des ordinateurs, de la documentation gratuite ou sous forme de prêts de livres.

Cas concret 3

1. Caractériser la douleur de la polyarthrite rhumatoïde.

C'est une douleur inflammatoire du tissu conjonctif, principalement de la synoviale. La douleur touche simultanément plusieurs articulations, distales très souvent et symétriques : mains et épaules chez M^{me} T. Ses poignets sont tuméfiés, ses articulations métacarpo-phalangiennes sont gonflées. L'épaule gauche présente une tuméfaction rouge et chaude.

Un enraidissement est marqué le matin au réveil et s'atténue dans la journée pour réapparaître le soir et en deuxième partie de nuit, réveillant la malade. M^{me} T. exprime une gêne dans les activités de la vie quotidienne : pénibilité dans l'entretien de la maison, arrêt d'activités de loisir, préhension difficile, mouvements limités lors de sa toilette et de l'habillage.

Un dérouillage matinal s'observe : dans l'histoire de la maladie de M^{me} T., les douleurs et les raideurs articulaires s'estompent la journée au niveau des articulations des mains.

2. Énoncer les problèmes réels et/ou potentiels que présente M^{me} T.

Consigne : hypothèses de diagnostic infirmier attendues avec problème, étiologie, signes, facteurs favorisants.

Hypothèses de diagnostic infirmier émises :

- 1^{er} DIAGNOSTIC INFIRMIER : DOULEUR CHRONIQUE

- liée à :
 - des poignets et épaule tuméfiés,
 - des articulations métacarpophalangiennes gonflées;
- se manifestant par :
 - une pénibilité dans l'entretien de la maison,
 - un arrêt des activités ludiques.

► **2^e DIAGNOSTIC INFIRMIER : ALTÉRATION DE LA MOBILITÉ PHYSIQUE**

- liée à :
 - un enraidissement des épaules,
 - une douleur;
- se manifestant par :
 - des mouvements limités,
 - une perte de dextérité dans les activités de la vie quotidienne.

► **3^e DIAGNOSTIC INFIRMIER : FATIGUE**

- liée à :
 - des réveils nocturnes,
 - une douleur nocturne;
- se manifestant par :
 - une expression verbale,
 - une incapacité à accomplir les activités habituelles.

► **4^e DIAGNOSTIC INFIRMIER : INCAPACITÉ PARTIELLE À SE VÊTIR ET À SOIGNER SON APPARENCE**

- liée à :
 - une douleur,
 - un enraidissement des épaules;
- se manifestant par :
 - une difficulté à s'habiller et à se coiffer.

► **5^e DIAGNOSTIC INFIRMIER : INCAPACITÉ À ENTREtenir SON DOMICILE**

- liée à :
 - une douleur,
 - un enraidissement,
 - une fatigue;
- se manifestant par :
 - un entretien pénible de la maison,
 - un réseau de soutien familial inadapté : son mari.

► **6^e DIAGNOSTIC INFIRMIER : STRATÉGIE D'ADAPTATION FAMILIALE INEfficace : ABSENCE DE SOUTIEN**

- liée à :
 - l'aidant = le mari,
 - peu de participation aux tâches ménagères;
- se manifestant par :
 - un maintien des occupations habituelles sans tenir compte des besoins de sa femme.

► **7^e DIAGNOSTIC INFIRMIER : PERTURBATION DANS L'EXERCICE DE SON RÔLE**

- liée à :
 - une douleur,
 - un enraidissement,
 - une fatigue,
 - une perte de dextérité;
- se manifestant par :
 - un arrêt des activités ludiques,
 - un changement des capacités physiques pour remplir le rôle.

Diagnosics infirmiers retenus

Raisonnement permettant leur validation :

- douleur chronique,
- altération de la mobilité physique.

À partir de ces deux diagnostics validés, les actions infirmières centrées sur la douleur et l'altération de la mobilité physique résolvent les autres diagnostics infirmiers qui en découlent. Ils se transposent comme signes ou manifestations.

3. À partir de la démarche éducative, indiquez le contenu de chacune des étapes dans les conseils à donner à M^{me} T.

1. Identification et analyse des besoins d'apprentissage

Pathologie chronique chez une femme de 60 ans en poussée aiguë

Ressources de M^{me} T.

- femme mariée;
- pathologie depuis 10 ans, avec prise en charge efficace du programme thérapeutique;
- dynamique : rôles sociaux, loisirs personnels, retraite de l'Éducation nationale.

Hidden page

- cassette vidéo.

► **OBJECTIF OPÉRATIONNEL : SAUVEGARDER LA MOBILITÉ ET L'EFFICACITÉ MUSCULAIRE ET ARTICULAIRE**

Contenu :

- exercices de prévention des raideurs articulaires;
- éviter les positions de flexum des membres.

Moyens :

- séances de kinésithérapie;
- applications à domicile;
- cure en station thermale.

► **OBJECTIF OPÉRATIONNEL : CONSEILLER POUR UNE ADAPTATION PRATIQUE**

Contenu :

- au niveau de l'habitat;
- au niveau du matériel dans les actes de la vie quotidienne;
- au niveau des déplacements.

Moyens :

- visite de l'ergothérapeute à domicile pour des aménagements spécifiques : robinets, aides culinaires (ouvre-boîtes, manches);
- aides ponctuelles pour les gros travaux.

► **OBJECTIF OPÉRATIONNEL : ÉVITER L'ISOLEMENT**

Contenu :

- conseiller les loisirs, les activités périscolaires;

- proscrire le tricot;
- interrompre le crochet en poussée de crise.

Moyens : échange, contact avec club.

4. Évaluation

- Valoriser les progrès de M^{me} T. dans l'intégration de son traitement physique, du respect des temps de repos en phase de poussée.
- Vérifier la compréhension du suivi de son traitement en phase aiguë.
- Lui faire exprimer son réseau de soutien et l'accompagner dans un processus de perte face aux activités lourdes à gérer.
- Recueillir ses activités de loisirs.
- Repérer l'impact de la gestion de sa maladie dans la vie de couple.

Des outils d'évaluation relatifs à la douleur chronique, à l'altération de la mobilité physique et à l'état psychologique de M^{me} T. ont pour intérêt de :

- limiter la subjectivité : la douleur étant avant tout subjective, expérience sensorielle et émotionnelle désagréable;
- évaluer l'efficacité du traitement;
- identifier les limitations motrices dans les actes de la vie quotidienne;
- repérer le retentissement sur le plan psychocomportemental;
- assurer une continuité et une cohérence dans la prise en charge.

Hétéroévaluation de la douleur : échelle comportementale (extrait de l'échelle Doloplus)

Dates									
Plaintes somatiques	- pas de plainte	0	0	0	0	0	0	0	0
	- plainte uniquement à la sollicitation	1	1	1	1	1	1	1	1
	- plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2	2	2	2	2
	- plaintes spontanées continues	3	3	3	3	3	3	3	3
Positions antalgiques au repos	- pas de position antalgique	0	0	0	0	0	0	0	0
	- le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1	1	1	1	1
	- position antalgique permanente efficace	2	2	2	2	2	2	2	2
	- position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3	3	3	3	3
Protection de zones douloureuses	- pas de protection	0	0	0	0	0	0	0	0
	- protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1	1	1	1	1
	- protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soin	2	2	2	2	2	2	2	2
	- protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3	3	3	3	3

Hétéroévaluation de la douleur : échelle comportementale (extrait de l'échelle Doloplus) (suite)									
Dates									
Mimiques	- mimique habituelle	0	0	0	0	0	0	0	0
	- mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1	1	1	1	1
	- mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2	2	2	2	2
	- mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3	3	3	3	3
Sommeil	- sommeil habituel	0	0	0	0	0	0	0	0
	- difficultés d'endormissement	1	1	1	1	1	1	1	1
	- réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2	2	2	2	2
	- insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3	3	3	3	3
Score									

L'évolution de la polyarthrite rhumatoïde est progressive, se faisant par poussées et devenant handicapante. La douleur, le blocage des articulations, les positions antalgiques occasionnent des gênes à la vie de tous les jours.

Le bilan précis des activités de la vie quotidienne, ménagère et de loisirs encourage la personne à :

- exprimer ses préoccupations ;
- aménager sa vie pour vivre comme les autres ;
- être conseillée pour une adaptation pratique de l'habitat en recourant à l'aide humaine et/ou matérielle.

Activités de la vie quotidienne : AVQ				
Dates				
Hygiène corporelle :				
- se laver la tête				
- se laver le cou				
- se laver le tronc				
- se laver les membres supérieurs				
- se laver les jambes				
- se laver les pieds				
- prendre un bain				
- prendre une douche				
- se coiffer				
- mettre le dentifrice sur la brosse				
- se brosser les dents				
- se nettoyer les ongles				
- couper les ongles				

Activités de la vie quotidienne : AVQ (suite)				
Dates				
Marche :				
- normale				
- 1 ou 2 cannes				
- fauteuil				
- escaliers				
- en portant quelque chose				
Élimination :				
- se déshabiller				
- s'asseoir				
- se relever				
- s'essuyer				
- tirer la chasse				
- s'habiller				
Sommeil :				
- se coucher				
- se lever				
- s'asseoir				
- se tourner				
- passer du fauteuil au lit et inversement				
Habillage :				
- slip				
- soutien-gorge				
- chaussettes, collants				
- pantalon, jupe				
- chemise, gilet				
- robe				
- robe de chambre				

Hidden page

Hidden page

Hidden page

le langage comme porteur des représentations de l'infirmière :

► SOINS ET LANGAGE

« Soigner demeure d'abord et avant tout une pratique composée de l'étendue de la gamme des gestes et de la parole qui mobilisent les forces. Et c'est cette parole qui retient aujourd'hui notre attention » ;

► LANGAGE ET REPRÉSENTATIONS

« Le langage emprunte plusieurs voies : il est multisignal et multimessage ; c'est-à-dire qu'il emprunte plusieurs chenaux jouant des rôles différents et complémentaires, le chenal visuel et le chenal auditif sont utilisés conjointement... Certains auteurs se sont centrés sur la fonction de représentation... Cet outil social qu'est la langue véhicule une vision du monde. Le langage nous aide à voir le monde et il est le reflet de nos représentations... »

4. Début de l'utilisation du modèle expérimental

► 4-1 L'OBSERVATION

♦♦♦♦ Qu'est-ce que l'observation ?

Toute une réflexion peut être faite sur le terme « observation ». Différentes définitions de l'observation peuvent être données. Différents modes d'observation, relatifs à chaque définition, existent. Ici le terme d'observation est pris dans son sens commun : celui d'observation naïve, spontanée. Une observation de ce type est prise dans le sens d'intuition, et une intuition peut être à l'origine d'une étude.

Pour notre exemple :

- L'observation-intuition : écoute de la façon dont parlent les infirmières quand elles parlent au malade :

« Bonjour mon petit monsieur, ça va ? Je viens vous faire une petite piqûre pour vous préparer à votre petite opération... non non, n'ayez pas peur, vous aurez simplement une petite anesthésie, après vous resterez un petit peu en salle de réveil... vous aurez un petit pansement et... oui, c'est vrai, ça fait un tout petit peu mal mais on vous donnera des petits calmants, ne craignez rien... »

Petit, petit, petit... est le monde que l'infirmière propose au malade ? Laquelle d'entre nous ne l'a pas entendu dans le discours de sa collègue et, par effet réflexif, ne s'est pas surprise à le prononcer ?

- Question : ce fait n'est-il qu'une impression ou une réalité ?

- Décision d'étude : plutôt que de tergiverser sur cette question, une étude donne la possibilité de confirmer ou d'infirmer cette impression.

- Cadre de l'observation : cette étude propose de regarder l'interaction infirmière-personne soignée sur le lieu même de travail, donc à partir de l'observation (pris dans son sens méthodologique) directe des interactions en situation naturelle. Ces interactions seront observées à partir du comportement langagier.

À partir de l'observation et en s'étayant sur le cadre théorique, les hypothèses sont construites.

► 4-2 L'HYPOTHÈSE

♦♦♦♦ Qu'est-ce qu'une hypothèse ?

Comme le terme d'observation, le terme d'hypothèse possède plusieurs définitions. Pour le sens commun, il suffit de la formulation « si..., alors... » pour avoir une hypothèse. Dans cette démarche, il existe plusieurs niveaux d'hypothèses ayant chacun leurs exigences. Un travail de réflexion doit être fait pour différencier ces niveaux.

Pour notre exemple : l'hypothèse générale :

D'après le cadre de l'observation, l'infirmière ne s'adresse pas de la même façon à une catégorie de personne ou à une autre, donc on peut prévoir que lorsque l'infirmière s'adresse à sa collègue son langage sera différent que lorsqu'elle s'adresse à une personne malade.

♦♦♦♦ À partir de ces indications construire l'hypothèse générale.

L'hypothèse générale pourra être : « Suivant que l'infirmière s'adresse à un malade ou à sa collègue, son langage varie » (hypothèse générale).

Cette différence de langage peut être mise en évidence par l'emploi du mot « petit » (intuition). Ce mot sera utilisé pour construire l'indicateur langagier.

♦♦♦♦ Comment construire cet indicateur ?

Ici, de nouveau une réflexion doit être effectuée pour construire les indicateurs. Cette réflexion peut sembler rébarbative, mais est absolument nécessaire avant de commencer ce type d'étude pour bien comprendre ce que l'on fait et savoir que la décision prise pourra toujours être discutée, donc la chercheuse devra être capable d'argumenter son choix et de défendre sa position.

Hidden page

Hidden page

- La colonne « réponse moyenne » : correspond au « corpus » divisé par le « lexique », donne une idée de la variété du discours.
- La colonne « petit » : correspond au nombre de mot « petit ».
- La colonne « I » : correspond à l'indicateur calculé.

► 4-5 L'INTERPRÉTATION

♦♦♦♦ Qu'est-ce que l'interprétation ?

Cette étape, comme toutes les autres, est un moment de réflexion. Mais une réflexion propre à l'étude. Certains l'appellent « analyse ».

Pour une étude, elle consiste schématiquement en deux temps :

- la comparaison des résultats : c'est-à-dire à regarder comment les résultats se comportent entre eux. Elle est également appelée « analyse des résultats ». C'est un constat.

Pour notre exemple :

- le corpus « collègue » est moins important que le corpus « malade » ;
- la mesure du « lexique » confirme cette première mesure ;
- l'indicateur I malade est supérieur à l'indicateur I collègue ;
- etc. ;
- la signification de ces résultats par rapport aux hypothèses de l'étude.

Pour notre exemple : l'hypothèse opérationnelle est vérifiée.

Puis il est nécessaire de discuter sur certains points apparaissant dans les résultats.

Pour notre exemple :

- la « réponse moyenne » montre bien que si les longueurs des discours sont différentes, leur qualité intrinsèque reste équivalente ; c'est-à-dire que, quel que soit son interlocuteur, l'infirmière emploie un langage constant, ni plus riche et ni plus varié par rapport aux mots utilisés ;
- l'analyse de la variance montre que l'emploi du mot « petit » est significativement plus élevé lorsque l'infirmière s'adresse au malade. L'emploi du

mot « petit » est très augmenté lorsque l'infirmière s'adresse au malade.

À ce moment, les éléments pouvant enrichir cette analyse sont apportés, souvent ce sont autant des éléments quantitatifs que qualitatifs. Des questions, hypothèses de prochaines études, peuvent surgir.

Comme souvent, une recherche est composée de plusieurs études de ce type, l'étape suivante de l'interprétation consiste à réunir toutes les analyses et à donner une interprétation par rapport à l'hypothèse générale. De plus, la discussion s'ouvre sur les autres travaux déjà effectués et une comparaison avec les résultats de la littérature permet un débat.

Pour notre exemple : « Suivant que l'infirmière s'adresse à un malade ou à sa collègue, son langage varie ».

Cette hypothèse générale est vérifiée. Mais d'autres indicateurs, non présentés ici, affinent cette analyse. Dans cette partie, c'est ce qu'il est intéressant d'exposer et de discuter, car l'interprétation en sera d'autant plus précise. Les mécanismes de la relation infirmière-malade en seront d'autant expliqués.

► 4-6 LA CONCLUSION

♦♦♦♦ Qu'est-ce que la conclusion ?

La conclusion termine le travail. C'est également un temps important qu'il ne faut pas négliger. Elle permet de réunir les éléments essentiels de la recherche et d'ouvrir des perspectives sur l'avenir.

Pour notre exemple :

Cette étude montre que l'intuition des infirmières se confirme : effectivement l'emploi de « petit » est plus important lorsque l'infirmière s'adresse au malade. Le discours de l'infirmière est donc du type : « une petite opération, une petite radio, un petit examen, etc. ».

Quant à l'interprétation de ce phénomène sur la représentation qu'a l'infirmière du malade, nous resterons très circonspectes. Un seul indicateur n'est pas suffisant pour développer des hypothèses, mais le travail sur d'autres éléments du discours pourra nous aider à éclairer les représentations mises en jeu lors du soin.

Hidden page

Index

A

accidents
 – de la voie publique 87
 – domestiques 71, 85
 action 128
 – de formation 149
 – logique 50
 adultes 74, 77
 aérosol doseur 83
 affectif
 – modèle 49
 affiches 71-72, 74, 77-78, 86
 âge 148
 analyse
 – de contenu 135
 – de la situation 131
 – du problème 151
 analyser 152
 analytique
 – approche 52
 animation théâtrale 76
 application 61, 72, 81, 83, 87
 apprendre 47
 apprentissage 47, 49, 53, 63-65, 71-72, 82-83
 – besoins 65, 72, 74, 76, 79-81
 – modèles 48
 – stratégie 49
 approche
 – analytique 52
 – systémique 50, 52
 approfondir le sujet 149, 151
 aptitudes 70
 attitudes 48, 54
 auditif 47
 autoévaluation 66
 avis des autres 135

B

behavioriste 47
 – méthode pédagogique 67
 bénéfice
 – des patients et de leur entourage 136
 – pour le patient 152
 besoins 54
 – d'apprentissage 53, 65, 72, 74, 76, 79-81, 84
 – de santé 53, 63, 70
 – exprimés 151
 bibliographie 150
 – règles strictes 139
 – séquentielle 140

bilan des connaissances 131
 biostatisticien 135
 brainstorming 58, 66, 71
 brochures informatives 77

C

caméscope 59
 cas
 – étude 142
 cassette vidéo 61, 66, 71
 – de comportement 45
 changement de comportement 45, 57
 choix
 – du sujet 130
 – pertinents 149
 clinique
 – recherche 128
 cognitif (modèle) 49
 cognitive (théorie) 47
 commentaire d'un document 62
 comparer ces résultats 136
 compétences 70
 comportement (changement de) 45, 57
 concepts 45-46, 70
 – et approche des soins infirmiers 143
 connaissances 149
 – bilan 131
 – corpus 127
 – documentaires 139
 – élargir 137
 – évolution 143
 – nouvellement acquises 152
 – production 152
 – rendre accessibles les 137
 constat de la réalité 147
 contenu
 – moyens pédagogiques 55, 71, 74-76, 78-80, 82, 84
 contrat éducationnel 54
 court-métrage 60
 crèches 41, 72
 critères d'inclusion et d'exclusion 133

D

débat-discussion 80
 définir le sujet 130
 demande 45, 54, 71
 – de santé 70
 démarche
 – déductive 67
 – de recherche 130
 – inductive 67
 – intellectuelle 130

– systémique 143
 – méthodologie 53
 démonstration 60, 66, 72, 83
 description systématique 128
 diapositives 61, 87
 différentes étapes de la recherche 130
 diffusion des résultats 136
 discussion 139, 147
 – débat 86
 dispositions législatives 133
 domaines 129
 – juridiques 129
 – de santé 141

E

échange avec d'autres professionnels 137
 échantillonnage 133
 école maternelle 85, 87
 économie 129
 éducation 39, 48, 81
 – de la santé 41
 – pour la santé 40, 44, 47-48
 – sur le tabac 77
 élaboration
 – de l'objectif global 81, 84
 – de l'objectif éducationnel 73, 75-76
 élargir les connaissances 137
 encadrement 63
 enfants 72, 74, 76, 85, 87
 enrichir les connaissances 149
 entretien 135
 enveloppe de maintien 50
 environnement 50
 épidémiologie 129
 équifinalité 51
 équilibre alimentaire 74
 état
 – clinique 142
 – des connaissances ici et ailleurs 139
 étude
 – de cas 142
 – de faisabilité 135
 évaluation 67, 152
 – croisée 66
 – des résultats 57
 – du processus 56
 – instrument 149
 évolution
 – connaissances 143
 – pratique soignante 142
 expériences 47

expérimentale (recherche) 128
 expérimentation 59, 74, 77, 85
 exposé 60, 77
 extraits 50

F

facteurs
 – de renforcement 49
 – de risques 148, 151
 – facilitateurs 49
 – prédisposants 49
 faisabilité (étude de) 135
 feed-back 50
 fiche de recrud des données 144
 flannellographie 62, 87
 formation
 – actions 149
 – continue 152
 – d'initiation à la recherche 152
 – universitaire 152
 formations-action
 – méthode pédagogique 65
 formuler la problématique 152

G

Gagne
 – modèle 49
 – modèle d'apprentissage 82
 groupe (travaux de) 61, 78
 guidance 47, 49

H

habitants d'un quartier 71, 80
 hanche (prothèse totale) 81
 Harvard 140
 historique 142
 homéostasie 51
 hygiène
 – alimentaire 41
 – bucco-dentaire 41, 76
 – corporelle 41
 hypothèse 131, 152

I

idée précise des résultats 139
 indicateur de qualité des soins 149
 infirmière (rôle de l') 141
 information 39
 instances décisionnelles 132
 instrument de mesure et d'évaluation 149
 intellectuelle (démarche) 130
 intérêt pour le patient 132
 intrants 50
 introduire le travail 138

J

jeux 59, 74

– de rôles 59, 76

K

kinesthésique 47

L

lavage des mains 72
 lecture rapide 138
 législation (référence) 141
 littérature 139
 – comparaison à la 139
 – grise 139
 – revue 138
 – scientifique 139
 livret éducatif 81
 logique
 – d'actions 50, 63, 67
 – de connaissances 63, 67

M

mains (lavage) 72
 maladie 43
 matériel 144
 mémoire de maîtrise en sciences de la vie 141
 mesure (instrument de) 149
 méthodes 83, 144, 147
 – de recherche 130
 – pédagogiques 58, 64, 87, 88-89
 – scientifiques 152
 méthodologie
 – de la démarche éducative 53
 – de la recherche 138
 missions locales 41
 modèle
 – affectif 49
 – cognitif 49
 – conceptuel 143
 – de Gagne 49
 – d'apprentissage de Gagne 82
 – de l'apprentissage 48
 – psychomoteur 49
 – psychosocial 49
 motivations 142, 152
 mots-clés 139, 147, 151
 moyens 83, 132
 – pédagogiques 44, 55, 86
 – – contenu 55, 71, 74-76, 78-80, 82, 84

N

nature des soins infirmiers 149
 nomothétique 128

O

objectifs 50, 54
 – de départ 130
 – éducationnels 49, 54, 65, 71, 78-80
 – – élaboration 73, 75-76
 – – globaux 85-86

– globaux 54, 65, 88
 – – éducationnels 89
 – – élaboration 81, 84
 – intermédiaires 65, 71, 73, 75-76, 78-81, 84-85, 87-88
 – intermédiaires ou d'étapes 54
 – opérationnels 54, 65, 71, 73, 75-76, 78-81, 84-85, 87-88
 objet de recherche 131
 observation(s) 148, 151
 – continue 135
 – et questionnaires
 – – résultats 148
 – instantanées 135
 – non participative 135
 – participative 135
 – résultats 146
 observer 152
 ordinateur (enseignement assisté par –) 62
 outils 55, 58, 69-70
 – informatiques 136
 – pédagogiques 65, 86-89
 – – choix 65
 – – contenu 65
 – spécifiques 135
 – test de validation 135

P

paramètres subjectifs 135
 partenariat 65, 71, 74
 patient (intérêt pour le) 132
 pédagogie 129
 – active 58
 – classique 60
 – plus traditionnelle 58
 pédagogique (relation) 49
 pertinence de la recherche 132
 philosophie 129
 photolangage 59, 78
 politique de santé 44-45, 69
 photocopies 62, 66
 population 133
 pratique 129
 – soignante (évolution) 142
 présentation
 – des résultats 138
 – quasi universelle 138
 prévention 40-41, 44, 45, 63
 – protocole 149
 problématique 152
 – formuler 132
 problème
 – analyse 151
 – de santé 64, 70
 processus 69
 – de transformation 50
 – évaluation 56

projet éducatif 84
 promotion de la santé 40-41, 48, 63
 propositions 149
 – de travaux complémentaires 139
 prothèse totale de hanche 81
 protocole 89
 – de prévention 149
 – de recherche 152
 – de soins 152
 – éducatif 40, 51, 64, 68-69, 83, 88
 psychologie 129
 psychomoteur (modèle) 49
 psychosocial (modèle) 49
 publication 151
 – des résultats 136

Q

qualité des soins 149, 152
 – indicateur 149
 quartier 74, 80
 questionnaire 135, 144, 148
 – réponses 148
 – résultats 147
 questionnement 131, 152
 questions 135
 – fermées 135
 – – binaires 135
 – – reformées à choix multiples 135
 – ouvertes 135

R

raisonnement 130, 152
 réajustement 56
 réaliser une recherche documentaire 139
 réalité 147
 – du terrain 132
 recherche 127-128, 152
 – bibliographique 139, 147
 – clinique 128
 – démarche 130
 – différentes étapes 130
 – documentaire
 – – réalisation 139
 – expérimentale 128
 – formation d'initiation à la – 152
 – méthode 130
 – méthodologie 138
 – objet 131
 – pertinence 132
 – prospective 144
 – protocole 152
 – rétrospective 144
 – scientifique 128
 – thème 130

réaction simplifiée 137
 références 139, 147, 149
 – à la législation 141
 – bibliographiques 139
 réflexion sur sa propre pratique 152
 relation (pédagogique) 49
 rendre accessibles les connaissances 137
 réponses aux questionnaires 148
 reproductibilité 137
 reproduire la méthodologie 138
 résultats
 – comparer 136
 – des observations 146
 – – et des questionnaires (constipation) 148
 – des questionnaires 147
 – diffusion 136
 – évaluation 57
 – idée précise des – 139
 – présentation 138
 – publication 136
 résultats obtenus 136
 rétroprojecteur 66
 réunion débat 77
 revue de la littérature 138
 risque (facteurs de) 151
 Rogers (théorie de) 48
 rôles
 – de l'infirmière 141
 – jeux de – 59, 76

S

santé 41-42, 48, 78
 – besoins 63
 – éducation 40-41, 44, 47-48
 – politique 44-45, 69
 – problème 64, 70
 – promotion 40-41, 48, 63
 – trois domaines de – 141
 savoirs 53, 63
 – intégrés 69
 – prescrits 68
 – réels 69
 scientifique (recherche) 128
 sexe 148
 situation
 – analyse 131
 – d'apprentissage 83
 soigner 43
 soins
 – éducatifs 39-41
 – infirmiers
 – – concept et approche 143

– – nature 149
 – primaires 149
 – qualité 149, 152
 sondage 135
 sources documentaires 139
 stratégie d'apprentissage 49
 sujet
 – approfondir 149, 151
 – choix 130
 – définition 130
 – mémoire constipation 147
 système 50
 systémique
 – approche 50, 52
 – démarche 143

T

tabac 77
 – éducation 77
 tests
 – de validation des outils 135
 – statistiques 136
 thème de la recherche 130
 théorie 129
 – behavioriste 47
 – cognitive 47, 67
 – de Rogers 48
 totalité 51
 travail
 – de recherche 152
 – – bibliographique 147
 – introduire 138
 – organisation du travail 133
 – préalable 133
 travaux
 – complémentaires
 – – propositions de 139
 – de groupe 61, 78
 – pratiques 61
 tutorat 49, 70

V

valeurs absolues 138
 variables 133, 148
 – continues 133
 – dépendantes 133
 – discontinues 133
 – indépendantes 133
 vidéo 69, 71
 visuel 47

Hidden page

Hidden page

Hidden page

Hidden page

NOUVEAUX CAHIERS DE L'INFIRMIÈRE

Cette deuxième édition recouvre le programme des modules 3 et 4 des « Soins infirmiers » du diplôme d'État.

- L'exercice infirmier a évolué au cours des dernières décennies, c'est une véritable relation d'aide thérapeutique qui s'installe fréquemment entre le malade, sa famille et le personnel soignant. De même, l'importance de la recherche dans le domaine des soins infirmiers s'est développée : la place dévolue dorénavant au **Travail de fin d'études** dans le cadre du diplôme d'État et le nouveau décret de compétence du 11 février 2002 en témoignent.
- Cet ouvrage se divise en quatre parties :
 - La **démarche relationnelle** qui a pour objectif de faire découvrir les nouveaux acquis en matière de développement personnel. Grâce aux techniques d'écoute mises en œuvre par l'étudiant infirmier, la relation soignant-soigné peut s'intégrer dans l'ensemble plus vaste de la relation avec les malades et leur famille et fonder une relation d'aide thérapeutique. Le « burn-out » et sa prévention sont aussi évoqués.
 - La **démarche éducative** qui envisage les différentes approches pédagogiques, avec une mise en avant des avantages et des limites des méthodes et des outils utilisés. Des actions éducatives (prévention, promotion de la santé et encadrement) illustrent ces acquisitions.
 - L'**initiation à la recherche** qui constitue une première approche des méthodologies et domaines de recherche.
 - Les **stratégies de recherche** qui exposent de manière chronologique et logique les étapes de la recherche en soins infirmiers, de l'élaboration du sujet à l'achèvement du projet, afin de répondre le plus concrètement possible aux interrogations de tous ceux qui souhaitent se lancer dans la recherche.

En fin d'ouvrage, on notera l'ajout d'un **cahier d'entraînement**, afin de permettre à l'étudiant de tester ses connaissances et de s'entraîner aux cas concrets. Un exemple de démarche expérimentale est également proposé.

La collection de référence

- | | | |
|---|---|---|
| 1 Santé publique | 12 Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections traumatologiques, orthopédiques et rhumatologiques | 19 Soins infirmiers aux personnes atteintes d'hémopathies et de cancers |
| 2 Soins infirmiers I : Concepts et théories, démarche de soins | 13 Soins infirmiers aux adolescents et aux adultes atteints de troubles psychiatriques
I : Névroses, troubles dépressifs
II : Psychoses, états limites, perversions, états psychopathiques
III : Comportements alimentaires, toxicomanie, alcoolisme | 20 Soins infirmiers aux personnes âgées et gériatrie/psychiatrie |
| 3 Soins infirmiers II : Démarches relationnelles et éducatives, initiation et stratégies de recherche | 14 À paraître | 21 Soins infirmiers aux urgences et en réanimation, transfusion sanguine |
| 4 Législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail | 15 À paraître | 22 Soins infirmiers en maternité et aux personnes atteintes d'affections gynécologiques |
| 5 Hygiène | 16 Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections néphrologiques et urologiques | 23 Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections oto-rhino-laryngologiques, stomatologiques, ophtalmologiques |
| 6 Sciences humaines | 17 Soins infirmiers aux personnes atteintes de maladies infectieuses et aux personnes atteintes de l'infection par le VIH | 24 Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections dermatologiques |
| 7 Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections cardio-vasculaires | 18 Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections du système nerveux | 25 Soins infirmiers en pédiatrie et en pédopsychiatrie |
| 8 Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections endocriniennes | | 26 Pharmacologie |
| 9 Soins infirmiers aux personnes atteintes du diabète et d'affections métaboliques | | 27 Anatomie/Physiologie |
| 10 Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections digestives | | |
| 11 Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections respiratoires | | |

ISBN 2-294-00736-0



Copyrighted material